

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele

Kód oboru: 7506R029

Název bakalářské práce:

**MOŽNOSTI VYUŽITÍ ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE U DĚTÍ
S MENTÁLNÍ RETARDACÍ**

**POSSIBILITIES OF USING OF AN ALTERNATIVE COMMUNICATION
IN CASE OF CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION**

Autor:

Podpis autora:_____

Vendula Tomická

Sady pionýrů 1185/1

410 02 Lovosice

Vedoucí práce: Mgr. Hana Cutychová

Počet:

Stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	Příloh
51	0	3	5	17	3 + 1 CD

CD obsahuje **celé** znění bakalářské práce.

V Liberci dne:30.04.2007

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení:

Vendula Tomická

Adresa:

Sady pionýrů 118511, 41002 Lovosice

Studijní program:

Předškolní a mimoškolní pedagogika

Studijní obor:

Speciální pedagogika pro

Kód oboru:

vychovatele 7506R029

Název práce:

MOŽNOSTI VYUŽITÍ ALTERNATIVNÍ
KOMUNIKACE U DĚTÍ S MENTÁLNÍ
RETARDACÍ

Název práce v angličtině:

POSSIBILITIES OF USING OF AN ALTERNATIVE
COMMUNICATION IN CASE OF CHILDREN WITH
MENTAL RETARDATION

Vedoucí práce:


Mgr. Hana Cutychová

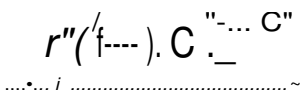
Termín odevzdání práce:

30.04.2007

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu "bakalář" (Bc.).


vedoucí bakalářské práce


děkan FP TUL


r"(t---). C ".... C"

.....
J vedoucí katedry --

Datum: 28. 01. 2006

Zadání převzal (student): Vendula
Tomická

Podpis studenta:

Cíl práce:

Cílem práce je zmapování využití alternativních komunikačních systémů v práci u jedinců s mentální retardací.

Základní literatura:

- KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I.* PAIDO Brno, 1996. ISBN 80-85931-41-9.
- KUBOVÁ, L. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí.* Praha: TECH-MARKET, 1996.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA I. *Klinická logopedie.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178546-6.
- ŠVINGALOVÁ, D. *Základy psychologie.* Liberec: TU, 1996. ISBN 80-7083-205-3.
- ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do teorie a praxe psychopedie.* Liberec: TU, 2006. ISBN 80-7372042-6.

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 - školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

V případě využití bakalářské práce či poskytnutí její licence k dalšímu využití jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL, v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 30.04.2007

Podpis:

Poděkování:

Ve své práci bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Haně Cutychové za odborné vedení a ochotu při řešení veškerých problémů a za poskytnutí odborných rad. Dále bych chtěla poděkovat celé své rodině za podporu a trpělivost během celého studia.

Název bakalářské práce: Možnosti využití alternativní komunikace u dětí s mentální retardací

Název bakalářské práce: Possibilities of using of an alternative communication in case of children with mental retardation

Jméno a příjmení autora: Vendula Tomická

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2006 – 2007

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Cutychová

Resumé:

Cílem práce bylo teoretické zpracování problému mentálního postižení v návaznosti na komunikaci u dětí a dospělých s mentálním postižením s případným využitím alternativních komunikačních systémů. Práce je členěna na praktickou a teoretickou část. V teoretické části je pomocí odborných pramenů zpracována problematika mentální retardace a vývoj řeči u jednotlivých stupňů mentálního postižení. Dále jsou uvedeny komunikační systémy využitelné pro jedince s mentálním postižením. V závěru teoretické práce je předložen jeden z nejnovějších komunikačních systémů, který je zaváděn do praxe. Praktická část mapuje využívání alternativních komunikačních systémů u dětí a dospělých v zařízeních daného regionu prostřednictvím dotazníkového šetření. V závěru práce je uvedena diskuse a navrhovaná opatření k tomuto tématu.

Klíčová slova:

mentální retardace, jedinec s mentálním postižením, stupně mentální retardace, vývoj řeči, opožděný vývoj řeči, alternativní komunikace, komunikační systémy, poruchy komunikace

Summary:

The target of the thesis was to work up the mentally affection problem connected to communication for mentally affected children and adults using alternative communication systems. The thesis is divided into the theoretical and practical part. The problem of mentally affection and speaking evolution in individual levels of mentally affection is worked up in the theoretical part – using professional sources. Also the communication systems that can be used for mentally affected persons are described. One of the most actual communication system is presented at the end of the theoretical part. The alternative communication systems for children and adults are mapped in the practical part – using questionnaires in the special institutes of the given region. The discussion and measures for this theme are provided at the end of this thesis.

Keywords:

mentally retardation, mentally affected person, levels of mentally retardation, talk evolution, retarded talk evolution, alternative communication, communication systéme, communication defects

OBSAH:

1 ÚVOD	6
2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU	7
2.1 Mentální retardace	7
2.1.1 Vymezení pojmu mentální retardace	7
2.1.2 Klasifikace mentální retardace	8
2.1.3 Příčiny mentální retardace	9
2.1.4 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací	11
2.1.5 Kognitivní procesy a jejich vývoj u dětí s mentální retardací	12
2.2 Poruchy řeči podle stupně mentální retardace	16
2.2.1 Logopedická péče u mentálně retardovaných	17
2.2.2 Vývoj a poruchy řeči u těžké mentální retardace	19
2.2.3 Vývoj a poruchy řeči u středně těžké mentální retardace	19
2.2.4 Vývoj a poruchy řeči u lehké mentální retardace	20
2.3 Alternativní komunikační techniky	22
2.3.1 Znak do řeči	24
2.3.2 Piktogramy	25
2.3.3 Výměnný obrázkový komunikační slovník	27
3 PRAKTICKÁ ČÁST	31
3.1 Cíl praktické části	31
3.2 Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu	31
3.3 Použité metody	31
3.4 Stanovení předpokladů	33
3.5 Výsledky a jejich interpretace	38
3.6 Diskuse	42
4 ZÁVĚR A NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ	44
4.1 Závěr	44
4.2 Navrhovaná opatření pro školská a neškolská zařízení	45
5 SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	50
6 SEZNAM PŘÍLOH	51

1 ÚVOD

Jednou z fascinujících lidských schopností je schopnost řečové komunikace. Definujeme ji jako schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách. Tato schopnost je nejen jakousi „hraniční zónou“ mezi člověkem a živočišnou říší, ale i schopností, díky které se lidstvo může snažit o navázání kontaktů s jinými světy.

Je zajímavé, že vývoj této schopnosti patří v rámci ontogeneze člověka k těm, které mají nejprudší průběh. I když se komunikační schopnost člověka vyvíjí a zdokonaluje po celý život, nejdůležitějším je období asi do 6 roku života.

Úzký kontakt a rodinná vazba často umožňují dítěti se dorozumívat i beze slov. Dítě se od narození učí vnímat, zpracovávat, zapamatovat si a vybavovat informace, které mu dává okolí a vydávat signály, kterými okolí dále ovlivňuje. U dítěte s postižením může být tento proces narušen či omezen.

Osoby mimo rodinu v komunikaci s postiženým dítětem spíše hádají co dítě chce, než mu skutečně rozumějí. Tito lidé si neuvědomují, že uvádí dítě v komunikačních situacích do stresových stavů. Děti, které se nemohou dorozumět, jsou rozumově brzděny, bývají citově chladnější, nerozhodné, nejisté, obtížněji navazují kontakty s druhými, trpívají trémou. Přitom čím více jsou děti na své vzory citově vázány, tím raději a usilovněji je napodobují.

Děti potřebují nejen jíst, spát a hrát si, ale stejně tak potřebují cítit, že je má někdo rád, že mu chce někdo porozumět.

2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

2.1 Mentální retardace

Dle Švarcové (2001, s. 25) mentální retardací nazýváme trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Mentální retardace není nemoc, je to trvalý stav způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku. Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež, dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná.

Dále Švarcová (2000, s. 24) vymezuje, že za mentálně postižené se nepovažují osoby, u nichž došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností z jiných důvodů než je poškození mozku, a jejich psychické procesy probíhají normálním způsobem, to znamená děti výchovně zanedbané, děti i dospělí se závažnými emočními poruchami nebo děti se smyslovým postižením, které není-li včas rozpoznáno, může způsobit zpoždění psychického vývoje.

2.1.1 Vymezení pojmu mentální retardace

Definice mentální retardace (podle 3. revize mezinárodní klasifikace nemocí, 1992):

„mentální retardace je stav zaostalého či neúplného duševního vývoje, který je zvlášť charakterizován narušením dovedností, projevující se během vývojového období, přispívající k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností. Retardace se může vyskytnout společně s jakoukoli jinou tělesnou nebo duševní poruchou nebo bez ní. Mentálně retardovaní jedinci však mohou být postižení celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je u nich přinejmenším 3 – 4 x častější než v běžné populaci. Navíc jsou mentálně retardovaní jedinci vystavováni většímu riziku využívání a tělesného (sexuálního) zneužívání. Adaptační chování je narušeno vždy, avšak v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné“ (Švingalová, 1998, s. 36).

Mentální retardace může vzniknout poškozením mozku, genetickými vadami, nemocemi a poškozením v období prenatálním, perinatálním a postnatálním (asi do dvou let života dítěte), taktéž může vzniknout nedostatečnou, zanedbávající výchovou v rodině, nedostatečně podnětným sociálním prostředím.

Dle Klenkové (1996), důležitá je včasná diagnostika, stanovení diagnózy postiženého dítěte. Diagnostikou se musí zabývat tým odborníků (lékaři, psychologové, speciální pedagogové), je nutné dlouhodobé pozorování dítěte.

2.1.2 Klasifikace mentální retardace

Klasifikace podle hloubky postižení

Od roku 1992 vstoupila v platnost 10. verze „Mezinárodní klasifikace nemocí“ zpracovaná Světovou organizací v Ženevě, která poněkud mění dříve užívanou klasifikaci. Podle nové klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií (Švarcová, 2001):

- Lehká mentální retardace IQ 50 – 69 (F70).
- Středně těžká mentální retardace IQ 35 – 49 (F71).
- Těžká mentální retardace IQ 20 – 34 (F72).
- Hluboká mentální retardace IQ je nižší než 20 (F73).
- Jiná mentální retardace (F78).
- Nespecifikovaná mentální retardace (F79).

Klasifikace podle etiologie

Dle Švingalové (1998, s. 40) patří klasifikace podle etiologie mezi nejproblematictější, většinou nelze totiž jednoznačně určit, zda je mentální retardace způsobena pouze biologickými jevy a do jaké míry se na ní podílejí vlivy sociální a životní zkušenosti jedince. Mezi uvedenými jevy existují pouze nejasné hranice, oba se spíše prolínají. Z tohoto důvodu se jen s velkými obtížemi daří nacházet primární příčiny a oddělit je od příčin sekundárních. Klasifikace etiologických faktorů podle Pentose rozděluje příčiny mentální retardace takto:

Příčiny endogenní:

- a) dávné – způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách,
- b) čerstvé – spontánní mutace.

Příčiny exogenní:

- a) v raném těhotenství – poškození oplozeného vajíčka,
- b) v pozdním těhotenství – intrauteriní infekce, špatná výživa, inkompatibilita,
- c) intranatální – abnormální porod,
- d) postnatální – nemoci nebo úrazy v dětství, nepříznivý vliv výchovy.

Klasifikace podle vývojových období

Dle Švingalové (1998, s. 42) v souladu s dosavadními poznatky víme, že není možné se úplně zříci zákonitostí tzv. normálního vývoje dětí nepostižených a hledat odtažité specifické vývojové modely pro jedince s mentální retardací. Naopak je třeba znát jednotlivé vývojové stupně a jejich charakteristiky a vycházet z těchto znalostí při sestavování odlišností.

Ve vývoji mentálního postižení dětí nacházíme jisté znaky a zvláštnosti, které jsou značně závislé na charakteru postižení, na jeho hloubce i na příčinách jeho vzniku. Lze tedy říci, že jednotlivé funkce činností, které u vyvíjejícího se dítěte můžete pozorovat, se objevují později a jednotlivá vývojová stadia trvají déle než u dětí nepostižených.

2.1.3 Příčiny mentální retardace

K mentální retardaci může vést celá řada různorodých příčin, které se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí (Švarcová, 2001, s.51).

Mentální opoždění může být způsobeno jak příčinami endogenními (vnitřními), tak příčinami exogenními (vnějšími). Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické. Vnější činitelé, kteří mohou způsobit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodním období i v raném dětství. Exogenní faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte. Mohou také hrát roli činitelé, kteří „spouští“ projevy zakódované patologie dědičnosti nebo modifikují její průběh.

Exogenní faktory se dále člení podle období působení na:

- a) prenatální : působí od početí (oplození vajíčka spermií) do porodu,
- b) perinatální : působí těsně před, během a těsně po porodu,
- c) postnatální : působí po narození.

Jako nejčastější příčiny mentální retardace se uvádějí:

a) následky infekcí a intoxikací:

- prenatální infekce (např. zarděnková embryopatie, kongenitální syfilis),
- postnatální infekce (např. zánět mozku),

- intoxikace (např. toxémie matky, otrava olovem),
- kongenitální toxoplasmóza.

b) následky úrazů nebo fyzikálních vlivů:

- mechanické poškození mozku při porodu (novorozenecká hypoxie),
- postnatální poranění mozku nebo hypoxie.

c) poruchy výměny látek, růstu, výživy:

- mozková lipoidóza,
- hypotyreóza – kretenizmus,
- fenylketonurie,
- glykogenózy a další.

d) makroskopické léze mozku:

- novotvarem,
- degenerace,
- postnatální sklerózou.

e) nemoci a stavy způsobené jinými nespecifickými:

- vrozený hydrocefalus,
- mikrocefalie,
- kraniostenóza a další.

f) anomálie chromozómů (např. Downův syndrom)

g) nezralost

h) vážné duševní poruchy

ch) psychosociální deprivace

i) jiné a nespecifické etiologie

Následky poškození mozku se bez ohledu na její příčinu, čas a patologicko - anatomický charakter postižení obvykle označují jako encefalopatie. Mentální postižení poměrně často vzniká na základě kombinace polygenně podmíněného nižšího nadání a výchovné nepodnětnosti nebo dokonce zanedbanosti. Jde obvykle o děti podobně postižených rodičů, jejichž intelektuální i vzdělanostní úroveň je nízká.

Tito rodiče své děti ovlivňují dvojím způsobem:

- předávají jim horší genetické předpoklady k rozvoji rozumových schopností,
- nejsou schopni poskytnout jim přiměřenou výchovu, protože na ni sami intelektuálně nestačí.

Švarcová (2001) uvádí, že všechny doposud známé i předpokládané příčiny mentální retardace vyvolávají necelou čtvrtinu této poruchy. Až 80% případů mentální retardace, převážně v pásmu lehkého poškození, má neznámou etiologii, resp. neurčitý původ. Další vývoj poznání v této oblasti, k němuž v poslední době přispívá i nové technické vybavení klinických pracovišť (např. počítačové tomografy), by měl vést k odhalování dalších možných příčin mentální retardace, které jsou doposud neznámé a k jejich prevenci.

2.1.4 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací

Podle Švarcové (2001) každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakterickými osobnostními rysy. Přesto se však u značné části z nich projevují (ve větší či menší míře) určité společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný.

Mentální retardace se klinicky projevuje zejména:

- Zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudku.
- Sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů.
- Sníženou mechanickou a zejména logickou pamětí.
- Těkavostí pozornosti.
- Nedostatečnou pozorností.

- Nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování.
- Poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace.
- Impulsivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování.
- Citovou vzrušivostí.
- Sugestibilitou a rigiditou chování.
- Nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“.
- Opožděným psychosexuálním vývojem.
- Nerovnováhou aspirací a výkonu.
- Zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí.
- Poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci.
- Sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a některými dalšími charakteristickými znaky.

2.1.5 Kognitivní procesy a jejich vývoj u dětí s mentální retardací

Dle Švarcové (2001) se obdobně jako všechny ostatní děti v průběhu života vyvíjejí i děti s mentální retardací. Výzkumně bylo zjištěno, že psychika se vyvíjí i při nejtěžších stupních mentálního postižení. Učení je základní podmínkou psychického vývoje.

Obecně platí, že učení je psychologický proces, v němž se stimulací z vnějšího prostředí a praktickou činností dítěte s jeho okolím navozují, tvoří a podporují změny a pokroky ve vývoji a chování dítěte. Často je jedním z řídících procesů vývoje dítěte. Současně s učením probíhá proces zrání, který rovněž přináší mnoho vývojových změn, jež zasahují oblast psychiky a chování.

U dětí s mentální retardací je oslabena jedna ze základních funkcí lidské psychiky – **potřeba poznávat okolní svět**, která se u zdravých dětí stává podněcující silou celého jejich psychického vývoje. Je to způsobeno tím, že v okamžiku narození dítěte, kdy mozková kůra vstupuje v činnost, neukončila ještě své formování ani po stránce anatomické, tím méně pak po stránce funkční, protože orgán se rozvíjí v průběhu své činnosti. Pak se také mozek rozvíjí, působí-li stále nové a nové podněty vyvolávající reaktivní činnost mozkové kůry. Tento funkční rozvoj mozkové kůry je podmíněný stále více se probouzející aktivní schopností dítěte. U kojenců s nedostatečně rozvinutou mozkovou kůrou je však tato orientační činnost a potřeba nových dojmů velice nízká.

Nedostatečná poznávací aktivita a nízká úroveň orientační činnosti je zřejmě bazální symptom vyplývající z nedostatečně vyvinuté mozkové kůry. Fyziologicky bylo zjištěno, že pro mentálně postižené děti je charakteristické neobyčejně rychlé vyhasínání orientačního reflexu, který znesnadňuje a výrazně zpomaluje vytváření nových podmíněných reflexů. S největší pravděpodobností slabost orientační činnosti souvisí se slabostí spojovací funkce kůry, s inertností nervových procesů a se zvýšeným sklonem k ochrannému útlumu. Poznávací zájmy a potřeby mentálně retardovaných dětí jsou proto rozvinuty v menší míře, než je v normě.

Nepříznivě pro psychický vývoj mentálně retardovaného dítěte se od počátku rozvíjí i jeho sociální vztahy. Většina rodičů nedovede takové dítě úspěšně socializovat. Mentálně postižené dítě je pohybově neobratné, dlouho se nemůže naučit sedět, stát, chodit. Předměty neuchopuje nebo je drží v rukou nepevně a nejistě. Rodiče velmi brzy upadají do zoufalství nad jeho bezmocností a začínají je buďto zcela nebo určitě nadměrně ochraňovat a obsluhovat. Zabraňují tak pokusům dítěte samostatně zacházet s věcmi nebo je v tom značně omezují. To má velmi nepříznivé důsledky pro jeho další vývoj.

Nadměrná péče a množství omezení překáží rozvoji jeho pohybů, získání zkušeností v zacházení s předměty, poznávání fyzikálních vlastností věcí. Protože na jedné straně dítě nemá intenzivní potřebu nových dojmů, na druhé straně rodiče často ztrácejí zbytečně rychle naději na možnost rozvoje jeho samostatnosti. Kontakt mezi nimi se často redukuje jen na uspokojování organických potřeb dítěte.

Zpomalené tempo rozvoje řeči a její nedokonalost ztěžují a značně omezují kontakt mentálně retardovaného dítěte při styku s ostatními dětmi. Od chvíle, kdy se mentálně retardované dítě setká se svými vrstevníky, nezaujímá v tomto společenství přiměřené místo. Ostatní děti si s ním buď vůbec nehrají nebo mu dávají podřadné úkoly. Často je ignorují nebo se mu posmívají. Dítě je takto zbaveno dalšího významného činitele spolupůsobícího při rozvoji vyšších psychických funkcí, jimž je vliv vrstevníků.

Zvláštnosti vnímání s mentální retardací

Dítě s mentální retardací, stejně jako každé jiné dítě, se učí vidět a dívat se. To, co dovede svými očima vidět, není pouze obraz jeho oka, ale výsledek jeho určité životní zkušenosti.

U dětí s poškozenou nervovou soustavou se počítky a vjemy vytvářejí pomalu a s velkým množstvím zvláštností a nedostatků. Opožděná a omezená schopnost vnímání (vnímavost),

charakteristická pro mentálně postižené děti, má velký vliv na celý další průběh jejich psychického vývoje.

Výraznou zvláštností vnímání mentálně retardovaných dětí dle Švarcové (2001) je inaktivita tohoto psychického procesu. Když se mentálně retardované dítě dívá na nějaký obraz nebo předmět, neprojevuje snahu prohlédnout si jej do všech detailů, vyznat se ve všech jejich oblastech. Spokojuje se s povšechným poznáním předmětů.

Nedokonalé počitky a vjemy jsou právě těmi základními symptomy, které u těchto dětí brzdí a zpomalují rozvoj vyšších psychických procesů, zejména myšlení. Nedostatky a zvláštnosti počitků a vjemů se mohou vyrovnávat a kompenzovat systematickou výchovou a vzděláváním mentálně retardovaných dětí. Obohacování životních zkušeností těchto dětí a rozšiřování okruhu jejich znalostí i představ jsou základními prostředky pro zlepšení kvality jejich vjemů a počitků. Naopak nedostatek podnětů brzdí rozvoj vnímání dítěte, zpomaluje rozvíjení jeho myšlení, a tím prohlubuje mentální retardaci dítěte.

Rozvíjení myšlení u dětí s mentální retardací

V charakteristice mentální retardace se zpravidla poukazuje na to, že jejím základním znakem je porušení poznávací činnosti. V důsledku poruch ve vnímání si dítě vytváří velmi omezenou zásobu představ. Nedostatek názorných a sluchových představ, malá znalost zacházení s předměty, velmi omezená zkušenost z komunikace a hlavně nedostatečný rozvoj řeči významně zužují dětem s mentální retardací tu nezbytnou základnu, na níž se má rozvíjet myšlení (Švarcová 2000, s.39).

U mentálně retardovaného dítěte předškolního věku pozorujeme velmi nízkou úroveň rozvoje myšlení, což souvisí především s nedostatečným rozvojem řeči jako základního nástroje myšlení. Mentálně postižené dítě má velmi malou schopnost abstrakce a zobecňování a patrně pouze u dětí s lehkou mentální retardací se myšlení může dostat za hranice konkrétnosti.

Konkrétní myšlení znamená zůstávat v myšlení na úrovni jednotlivých názorových obrazů a nedokázat pochopit v nich skryté společné znaky. Mentálně postižené dítě spíše vzpomíná, než přemýšlí, jeho myšlení se omezuje na konkrétní situační souvislosti mezi předměty a jevy, je chudé a neproduktivní. Při srovnání předmětů dokážou některé mentálně postižené děti zjišťovat jejich rozdíly, přičemž se zpravidla opírají o jejich náhodné vnější znaky, nedovedou však vyčlenit podstatné znaky a nedokážou poznat, v čem se předměty shodují.

Pro myšlení dětí s mentální retardací jsou charakteristické ještě další zvláštnosti. Patří k nim zejména nesoustavnost myšlení. Tento rys se výrazně projevuje zejména u dětí, které trpí

rychlou unavitelností. Od správného řešení úkolu je obvykle odvrátí přerušení pozornosti, náhodná chyba, někdy dítě zdánlivě bezdůvodně ztratí myšlenkovou souvislost a začne mluvit o něčem docela jiném. Výkyvy pozornosti a neustále kolísající tonus psychické aktivity znemožňují dítěti déle a soustředěněji řešit nějaký úkol. Z toho pramení necílevědomost a nesoustavnost jeho myšlení.

Dalším závažným nedostatkem je slabá řídicí úloha myšlení. Zvláštní obtíže ve vzdělání mentálně retardovaných dětí činí to, že nedovedou v případě potřeby použít již osvědčených rozumových operací. Nový úkol nevyvolává u těchto dětí pokusy předem si představit postup jeho řešení. Dítě s mentální retardací zpravidla nepromyslí své jednání a nepředvídá jeho důsledek. Tento nedostatek je schopen i s tzv. nekritičností myšlení. Pro mentálně postižené děti je charakteristické, že nepochybují o správnosti okamžitých domněnek. Zřídka upozorují své chyby, a dokonce ani nepředpokládají, že by jejich výroky nebo činy mohly být chybné. Základní cestou rozvíjení myšlení mentálně retardovaných dětí je systematické vzdělávání, osvojování vědomostí a dovedností odpovídajících aktuální úrovni schopností dětí pod vedením kvalifikovaných odborníků.

Zvláštnosti paměti dětí s mentální retardací

Paměť patří mezi základní kameny psychického vývoje dítěte. Díky paměti si dítě uchovává minulou zkušenost, získává vědomosti a dovednosti. Na základě paměti si vytváří vztahy k ostatním lidem a určité způsoby svého chování (Švarcová, 2000, s. 40).

Děti s mentální retardací si všechno nové osvojují velmi pomalu. Potřebují k tomu, v závislosti na hloubce svého postižení, mnoho opakování, osvojené poznatky a dovednosti rychle zapomínají a zpravidla je nedokáží včas a vhodně využívat v praxi.

Charakteristickou paměti dětí s mentální retardací je pomalé tempo osvojování všeho nového a nestálost uchování spojená s nepřesností vybavování, což se někdy označuje jako „zapomnětlivost“. Fyziologickým základem takového zapomínání může být jednak vyhasínání podmíněných spojů, jednak dočasným útlum korové činnosti (často je to ochranný útlum). Kvalitu paměti dětí s mentální retardací výrazně snižuje i nízká úroveň myšlení, tyto děti si zpravidla lépe zapamatují vnější znaky předmětů a jevů v jejich náhodných spojeních a nezapamatují si vnitřní logické souvislosti, protože je prostě nevyčleňují.

2.2 Poruchy řeči podle stupně mentální retardace

Řeč mentálně retardovaných dětí je vždy značně narušena. Začátky řeči bývají opožděné. Je to jeden z nejpatrnějších příznaků, který je nápadný rodičům i nejbližšímu okolí dítěte. Rodiče si podle opožděného vývoje řeči všimnou, že dítě „není takové, jako druhé děti.“

Vývoj řeči u těchto dětí je narušený, opožděný. Vývoj řeči můžeme klasifikovat u mentálně retardovaných dětí jako omezený. Mentálně retardované dítě nedosáhne ve vývoji řeči normy, vždy je omezena zvuková, gramatická nebo obsahová stránka řeči. Speciální péčí můžeme dosáhnout určitých pokroků, posunů ve vývoji vpřed, ale nikdy mentálně retardované dítě nedosáhne takového stupně vývoje, aby řeč odpovídala gramatické, obsahové i artikulační jazykové normě (Klenková, 1996).

Na vývoji řeči a průběh osvojování si komunikačních schopností má také vliv typ mentální retardace. Děti eretického typu jsou velmi neklidné, obtížně se soustředí, děti apatické neprojevují zájem, nechtějí komunikovat. Oba tyto typy mají problémy při navazování komunikace, vážně navazování kontaktu. Nemusí jít vždy o vyhraněný eretický nebo apatický typ, často je typ mentální retardace nevyhraněný (Klenková, 1996).

U dětí s mentální retardací vychovávaných od útlého věku v institucích se obvykle nachází víc poruch řeči než u těch, které jsou v denním styku se svou rodinou (Lechta, 2002). Citová deprivace zřejmě ještě znásobuje negativní vliv mentální retardace do té míry, že někteří autoři zjistili dokonce až u 100% takto institucionalizovaných dětí s mentální retardací (s těžším stupněm postižení) poruchy řeči.

Při popisu poruch řeči u dětí s mentální retardací můžeme hovořit o heterogenosti symptomů.

Tato heterogenost se projevuje zejména v tom, že je u nich porušena:

- obsahová stránka řeči – slovní zásoba, gramatická stránka řeči atd.,
- současně i vnější stránka, často z více aspektů – rezonance, artikulace, tempo, melodie, přízvuk atd.

Lechta (2000, s. 91) uvádí u dětí s mentální retardací tyto poruchy řeči:

- Dyslalie – je to obvykle nesprávná artikulace sykavek a hlásky R. Často je však u nich porušená výslovnost celé řady tzv. lehčích hlásek (např. P,F,V). Kromě toho je

dyslalie mentálně retardovaných dětí často kombinovaná s dysgramatismem, huhňavostí, případně s dysfonií.

- Huhňavost – při otevřené huhňavosti může být příčinou nedostatečná inervace měkkého patra. Častěji než otevřená huhňavost se u nich vyskytuje zavřená huhňavost.
- Breptavost – zrychlená řeč s vynecháváním hlásek a někdy i celých slabik je příznačná pro děti s mentální retardací, zejména pro eretický typ. Breptavost je u těchto dětí nezřídka kombinována s jinou poruchou : často je to dysgramatismus, bývá spojena i s koktavostí.
- Koktavost – její výskyt u dětí s mentální retardací oproti normě je několika násobně častější. Z různých forem mentální retardace se koktavost nejčastěji vyskytuje u dětí s Downovým syndromem.
- Dysartrie – v případech, kdy je mentální retardace spojena s poruchou motoriky, se to projevují různými formami dysartie. Takové případy často zjišťujeme u dětí, u nichž je mentální retardace kombinovaná s dětskou mozkovou obrnou.
- Dětský autismus – mentální retardace se může spojovat i s autismem, případně v klinickém obraze dětí s mentální retardací můžeme pozorovat tzv. autistické rysy. U těchto dětí je nepříznivá prognóza velice zjevná. Příznivější vývoj se dá předpokládat u dětí s vyšším IQ než je 50 a objevením se verbálních projevů do 5. roku života.
- Echolálie – mechanické opakování slyšeného bez pochopení smyslu je u dětí s mentální retardací zřejmě projevem napodobovacích schopností (reflexů).
- Dysprozódie – u dětí s mentální retardací je řeč často monotónní, intonace nesprávná, v některých případech je řeč často monotónní, v některých případech je řeč nápadně tichá a pomalá, jindy zase zrychlená a vzrušená.
- Dysfonie – je funkční porucha hlasu, hlavním příznakem je chraptivý, drsný hlas (nedětský).

2.2.1 Logopedická péče u mentálně retardovaných

Odborníci podtrhují nutnost u mentálně retardovaných provést včasnou diagnostiku a co nejdříve začít ovlivňování vývoje dítěte (taktéž řečového vývoje), aby se předešlo negativním důsledkům omezeného vývoje (Klenková, 1996).

Je potřebná raná výchova mentálně retardovaných dětí již od narození, respektive od zjištění postižení. I u nás je již snaha poskytovat poradenské služby rodinám s postiženými dětmi,

zajišťovat komplexní péči od raného věku (Střediska rané péče, Speciálně pedagogické centrum). Tato pracoviště mají zabezpečit u dětí včasné diagnostikování mentální retardace, zajistit vhodné podmínky pro výchovu dítěte v rodině, poradenské služby pro rodiče postižených dětí, zajistit komplexní péči od raného období.

Zahájení péče o mentálně retardované děti v raném věku je velmi důležité. Do tří let dítěte se vyvíjí mentální funkce, které se během dalšího vývoje rozvíjí a zdokonalují. Proto je stimulace vývoje dítěte nejvhodnější v raném věku, kdy je možné fyziologické i psychické procesy úspěšně ovlivňovat. Potvrzuje to i znalost o plasticitě lidského mozku, která je příznačná právě pro toto období.

Hovoříme-li o stimulaci celkového vývoje dítěte, máme na mysli i ovlivňování řečového vývoje. Již v předřečovém období je nutné, aby matka věnovala postiženému dítěti odpovídající péči. Řeč, „mluvení“ nezačíná prvním slovem, ale vzájemnou výměnou podnětů mezi matkou a dítětem. Od narození postiženého dítěte máme možnost ovlivňovat různé funkce.

Například možnosti:

- Jak začít a udržet vzájemnou výměnu podnětů.
- Jak kožní stimulací působit na získávání řečových schopností dětí.
- Jak ovlivňovat funkci úst, léčit poruchy citlivosti (hyposenzibilita, hypersenzibilita) v oblasti úst, obličeje, jak ovlivnit orální reflexy.
- Jak překonávat poruchy přijímání potravy, učit dítě správně sát, polykat, dýchat.
- Jak učit dítě žvatlat.
- Jak překonávat u dítěte nadměrné slinění.
- Jak podporovat předřečové porozumění řeči.

Logopedická péče je mentálně retardovaným dětem předškolního věku poskytována ve speciálních mateřských školách. Taktéž je zajišťována logopedická péče v základních školách praktických a speciálních. V ústavech sociální péče pracují speciální pedagogové – logopedi. V nově vznikajících zařízeních pro mentálně postižené (charitativní i jiná zařízení) je snaha speciálních pedagogů ovlivňovat vývoj řeči nebo uplatňovat alternativní komunikační systémy.

Při práci s těžce mentálně retardovanými dětmi, u kterých se nerozvíjí řeč, je nutné zjistit, zda je možné rozvíjet mluvenou řeč. Není-li tato možnost, volíme pak alternativní komunikační prostředky – posunky, prstové znaky, piktogramy, symbolické systémy.

2.2.2 Vývoj a poruchy řeči u těžké mentální retardace

Výrazné opožďování všech vývojových mezníků je zřetelné už od útlého věku. Ve většině případů jde o postižení kombinované. K intelektovému deficitu se přidružuje i těžší postižení pohybové nebo smyslové různého stupně.

U dětí s těžkou mentální retardací se řeč buď vůbec nevytvoří, vzniká idiotická němota. Řeč zůstává na stupni pudových hlasových projevů. Jedinec vydává pouze hlas, obměňovaný podle toho, jde-li o výraz odporu, přání nebo zlosti. Modulační faktory, hlavně dynamika a melodie, jsou hrubé, nevýrazné. Jde vývojově o užívání základních elementů projevové složky řeči. Někdy se také uplatňují senzomotorické reflexy napodobovací. Dítě opakuje slyšené zvuky i slova jako ozvěna, bez pochopení smyslu. Mluvíme o echolálii (Klenková, 1996, s. 38).

Prognóza:

Škodová – Jedlička (2003, s. 398) uvádějí, že většina dětí s těžkou mentální retardací má další kombinace postižení. Často si osvojují jen minimální slovní zásobu nebo se nenaučí mluvit vůbec. Cílem logopedické péče v jejich výchově je zaměření se na zvládnutí základní komunikace (verbální nebo pomocí alternativních komunikačních systémů), základů sebeobslužných dovedností a porozumění běžným sociálním situacím. Kvalitní cílená péče a stimulace a dobré sociální zázemí mají i zde viditelný efekt. Takto vedené děti jsou klidnější, mají méně poruch chování. V dospělosti mohou být pod dohledem nebo dozorem zapojeny do jednoduchých dílčích pracovních činností.

2.2.3 Vývoj a poruchy řeči u středně těžké mentální retardace

Středně těžká mentální retardace je nápadná pozdním začátkem vývoje řeči (většinou až po třetím roce, někdy až po šestém roce). Lechta (2002) uvádí že hranice mezi těžkou a střední mentální retardací vymezují poměrně jednoznačně právě rozdíly v řečových výkonech (na rozdíl od toho hranice mezi středním a lehkým stupněm mentální retardace není v řečové oblasti tak nápadná). Také se zmiňuje o schopnosti mentálně retardovaných středního stupně mechanicky zopakovat někdy i delší řečové celky, ale bez porozumění obsahu.

U těchto dětí může být ovlivněno napodobování delších větných celků jejich živým napodobovacím pudem. Je to projev spíše pasivního napodobení než vlastního aktivního

zpracování. Řeč je na úrovni první signální soustavy. Slova jsou na úrovni významových signálních zvuků. (Klenková, 1996, s. 38.).

Vývoj řeči je od počátku výrazně retardován. V průběhu dětství si i při těžším stupni postižení většina osvojí alespoň minimální slovní zásobu k základnímu dorozumění (Škodová – Jedlička, 2003, s. 395).

Tyto děti si postupně dokážou osvojit základy sebeobsluhy a jednoduché pracovní dovednosti, které vykonávají pod soustavným vedením. Naučí se dorozumívat se svým okolím, přičemž o mnoho více znají, než aktivně používají (Lecta, 2002, s. 79).

Podle Škodové – Jedličky (2003, s. 398) jsou některé děti (spíš na horní hranici tohoto stupně) vzdělavatelné a zvládají výuku podle osnov základní školy praktické. Mohou si osvojit základy čtení, psaní, počítání. Dříve byla většina z nich osvobozena od školní docházky. Velmi důležitá je cíleně zaměřená stimulace. V současném školském zákoně 561/2004 Sb. je již zakotveno právo na vzdělání pro všechny děti a to včetně dětí s těžkou a hlubokou mentální retardací.

Zařazení dětí s mentální retardací je významné jak pro rodiče tak pro děti samotné. Při kvalitním a cíleném vedení tyto děti velmi dobře zvládnou sebeobsluhu a osvojí si jednoduché pracovní činnosti.

Kvalita prostředí nemůže mentální retardaci ovlivnit ve smyslu zvýšení intelektové kapacity, ale významně ovlivní emoční a sociální vyspívání těchto dětí, a obvykle umožní plné využití jejich kapacity. Rozdíl mezi těmito dětmi vyrůstajícími v rodině s kvalitní oporou a dětmi vychovávanými v celoročních ústavech bývá velmi zřetelný.

2.2.4 Vývoj a poruchy řeči u lehké mentální retardace

Lehká mentální retardace někdy též zvaná „familiární“, je tvořena určitou genetickou transmisí a nepříznivými vnějšími vlivy jako sociokulturní deprivací, ekonomickým nebo fyzickým strádáním, nedostatkem stimulace. Popelová (2004, s. 298) uvádí, že etiologie je v negenetickém poškození plodu asi v 10% případů, vlivy sociální a kulturní způsobují defekt v 30%, určitou polygenní dědičností je dáno 60% případů.

Procházková (1998, s. 173) upozorňuje, že do 3 let lze pozorovat jen lehké opoždění nebo zpomalení psychomotorického vývoje. Nápadnější problémy se objevují mezi 3 - 6 rokem - malá slovní zásoba, obsahová chudost, nedostatečná zvědavost a vynalézavost, stereotyp ve hře. Hlavní obtíže se projevují zejména v období školní docházky: konkrétní mechanické myšlení, omezená schopnost logického myšlení, slabší paměť, vážne analýza i syntéza, jemná

a hrubá motorika je lehce opožděna, může být přítomna porucha pohybové koordinace. Během dospívání a dospělosti může dosáhnout normy.

Rozvoj sociálních dovedností je zpomalen. V sociálně nenáročném prostředí mohou být zcela bez problémů, potíže mají tam, kde je kladen důraz na vysoký stupeň sociokulturních vztahů. V oblasti emocionální a volní se projevuje afektivní labilita, impulsivnost, úzkost a zvýšená sugestibilita.

Vzdělání: nutnost vzdělání ve speciální škole. Jedinec s lehkou mentální retardací zvládá jednoduché učební obory nebo zaškolení v jednoduchých manuálních činnostech. Výchovné působení a rodinné prostředí mají velký význam pro socializaci, které jedinci lehce mentálně retardovaní dosahují na úrovni adaptace. Švarcová (2006, s. 40) uvádí možnost vzdělávání na základě individuálního vzdělávacího programu.

Vágnerová (2003, s. 21) dodává, že v dospělosti mohou dosáhnout určité samostatnosti, jsou pracovně začlenitelní, potřebují pouze dohled a oporu. Obtížně se přizpůsobují však kulturním normám, nejsou schopni vyrovnat se s požadavky manželství či výchovou dětí. Jak píše Švarcová (2007, s. 155), nedokáží samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života.

Vývoj řeči: i když jsou začátky vývoje řeči i u těchto dětí obvykle opožděné o rok i více, postupně se mohou dostat až na úroveň druhé signální soustavy – schopnosti zevšeobecňování a abstrahování. Jejich verbální schopnosti mohou být v každodenních, běžných komunikačních situacích víceméně dostačující, takže jejich řeč nemusí být mimořádně nápadná. Verbálně mohou selhat zejména v nepředvídaných komunikačních situacích, jestliže nemohou použít zafixované řečové stereotypy. Určitým nebezpečím jejich zatížení je, že nemusí být včas diagnostikovány. V takových případech se nevyužije nejvhodnější čas pro ranou stimulaci.

2.3 Alternativní komunikační techniky

Podle Škodové – Jedličky (2003, s. 561) – augmentativní a alternativní komunikace je oblast klinické praxe, která se pokouší kompenzovat (po určitou dobu, nebo trvale) projevy poruchy a postižení u osob se závažnými expresivními komunikačními poruchami (tj. závažným postižením řeči, jazyka a psaní).

Cílem augmentativní a alternativní komunikace (dále již jen AAK) je umožnit lidem se závažnými poruchami komunikace účinně se dorozumívat a reagovat na podněty ve svém okolí, a to v takovém rozsahu, aby se stejně jako ostatní mohli aktivně účastnit života společnosti. Jde tedy o využití veškerých komunikačních schopností, jež člověk s postižením komunikace má, aby kompenzoval postiženou funkci.

Alternativní a augmentativní komunikace je obecný pojem znamenající určitý přístup k osobám s těžkým tělesným, mentálním či kombinovaným postižením.

Augmentativní systémy komunikace mají podporovat již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné, komunikační schopnosti.

Alternativní komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči.

Uvedené způsoby dělí Kubová (1996, s. 11) na dynamické a statické systémy:

- Mezi dynamické patří: prstová abeceda, znak do řeči, znaková řeč pro neslyšící a Makaton.
- Mezi statické patří: systém Bliss a piktogramy (obrázkový systém).

Pro osoby s těžkými vrozenými, získanými i degenerativními poruchami je komunikace mluvenou řečí většinou obtížná a v některých případech i zcela nemožná. Je-li narušení komunikačních schopností tak těžké, že komunikace mluvenou řečí je nedostačující nebo zcela selhává, je nutné naučit postiženého komunikovat jinými způsoby – tedy náhradními komunikačními technikami. Neschopnost komunikovat mluvenou řečí postihuje všechny věkové kategorie (Škodová – Jedlička, 2003).

Diagnostika:

Jak uvádí Škodová – Jedlička (2003) je podrobné vyšetření klienta a jeho životních podmínek základním předpokladem pro úspěšné stanovení AAK intervence. Je třeba shromáždit informace od odborníků různých oborů. Velmi důležité jsou informace osob – neprofesionálů, které jsou s klientem v pravidelném kontaktu.

Pro stanovení terapeutického postupu zjišťujeme:

- Rozumění signálům neverbální komunikace.
- Rozumění řeči.
- Současné způsoby komunikace (verbální i neverbální) a jejich úspěšnost, včetně případného spontánního užívání náhradních forem komunikace.
- Vyjadřování **ano/ne**.
- Zrakové a sluchové vnímání.
- Rozumění symbolům a případné čtenářské dovednosti.
- Úroveň motoriky (hrubá a jemná motorika, rozsah, přesnost a rychlost pohybu ruky pro zhodnocení fyzického přístupu ke komunikačním pomůckám včetně sezení a polohování) – cílem je zjistit motorické schopnosti nikoli popsat motorické obtíže.
- Motivaci ke komunikaci a potřebu dorozumět se, sociální dovednosti včetně vztahů k vrstevníkům.
- Emoční projevy, chování.
- Kognitivní schopnosti.
- Základní znalosti a perspektivy školského zařízení.
- Způsob trávení času, v jakém prostředí se uživatel pohybuje.
- Očekávání klienta a osob v jeho okolí, úroveň podpory.

Nelze opominout upozornění Kubové (1996, s. 12) na:

a) *výhody alternativních způsobů komunikace:*

- snižují tendenci k pasivitě dětí, které mají speciální potřeby,
- zvyšují zapojení dětí a jejich pečovatelů během vzdělávací činnosti a ve volném čase,
- napomáhají rozvoji kognitivních jazykových dovedností,
- umožňují dětem samostatně se rozhodovat,
- rozšiřují možnosti pro komunikaci dětí, které mají speciální potřeby,
- umožňují tomu, kdo má velké potíže ve vyjadřování, aktivně se účastnit konverzace tam, kde byl pouze pasivním a často opomíjeným posluchačem.

b) *nevýhody alternativních systémů komunikace:*

- jsou společensky méně využitelné než mluvená řeč,
- alternativní systémy vzbuzující pozornost veřejnosti,
- nebezpečí je nutno vidět i v určitém oddělení uživatele od té části veřejnosti, která tyto systémy neovládá, všichni účastníci komunikace by si tyto systémy měli osvojit,

- zavedení alternativních komunikačních systémů může být někdy považováno i za důkaz, že dítě nebude nikdy mluvit,
- proces porozumění předchází před vyjadřovacím procesem, takže to trvá určitou dobu, než dítě začne využívat alternativní systém k vyjadřování.

2.3.1 Znak do řeči

Znak do řeči (Kubová, 1999, s. 6) je kompenzační prostředek pro osoby s řečovým postižením. Použitím znaků pomáháme komunikovat formou, která je založena na řeči těla, mimice, na přirozených znacích a která se snadněji používá než řeč mluvená.

Znak do řeči je doplňkem nikoliv náhradou mluvené řeči. Po celou dobu práce s postiženou osobou nesmíme zapomínat, že naším cílem je celkový rozvoj komunikativních dovedností a nikoliv pouze zvládnutí mnoha znaků. Znaky se během používání stávají nejen prostředkem komunikace, ale často dochází i k pokroku ve vývoji mluvené řeči. Znak do řeči používáme u osob, které nemají rozvinutou aktivní řeč nebo jejich expresivní složka řeči není dostatečně vyvinuta. Než začneme tuto metodu používat, je třeba zjistit, zda je dítě schopno zvládnout její nároky. Dítě musí umět napodobovat a později se musí samo začít vyjadřovat tímto způsobem. Musíme si uvědomit, že dítě musí dokázat spojit význam slova se symbolem, značkou či znakem ještě dříve, než je bude používat k vyjádření svých potřeb pocitů nebo nápadů. Symboly či znaky se musí osvojovat pomalu a v přiměřené úrovni dítěte. Učitel nebo rodiče zároveň připojují mluvené slovo.

Znak do řeči není znaková řeč (Kubová – Pavelková- Rádlová, 1999, s. 9), jelikož znak do řeči přidává ke znaku mluvené slovo. Naším cílem je rozvíjet nejen komunikativní dovednosti, ale i mluvenou řeč. Charakteristickým rysem znaku do řeči je, že znakem jsou doplněna jen nejdůležitější slova ve větě. Využitím motoriky a silné zrakové percepce jsou pojmy kompenzovány a mluvený jazyk zdůrazněn. Znak není dominantní, pouze doplňující. Na začátku výuky se ve vyslovené větě používá jen jeden znak. Počet slov doplněných znakem se postupně zvětšuje.

Na základě dlouhodobých zkušeností (Kubová – Pavelková – Rádlová, 1999, s. 17) uvádějí souhrn praktických rad při používání znaku do řeči:

- Zjistěte si stav porozumění řeči (komunikační úroveň) dítěte.
- Mluvené slovo a znak do řeči musí probíhat současně.

- Mluvte a používejte znak do řeči pouze tehdy, když vás dítě sleduje, vzdálenost mezi vámi a dítětem nemá být menší než 50 cm a větší než 2 m.

2.3.2 Piktogramy

Kubová (1996, s. 25) uvádí, že stále více na celém světě používá neverbálních informací – piktogramů – na veřejných místech, budovách i v tištěných materiálech. Cílem je umožnit lidem rychlou orientaci všude tam, kde by se slovní vyjádření mohlo stát překážkou k porozumění, např. v dopravě, v nemoci apod. Pomocí piktogramů lze předávat i různé příkazy, instrukce a varování.

Chceme-li postiženým osobám usnadnit orientaci v běžném životě, naučit je samostatnosti, vyrovnávat se s prostředím v kterém žijí, musíme je seznámit s piktogramy (viz. příloha č. 1) v jejich okolí a navíc je doplnit i o další soubor, který jim umožní také komunikaci s ostatními lidmi.

Pro potřeby komunikace lze systém piktogramů využít u dětí nebo dospělých:

- těžce mentálně postižených,
- s autismem,
- s více vadami.

Pomocí piktogramů mohou osoby sdělit svému okolí své pocity a potřeby, stávají se aktivními ve vzdělávacím procesu. Použití piktogramů pomáhá při rozhodování, umožňuje zúčastnit se konverzace tam, kde dříve byly osoby pouze pasivními posluchači. Tento způsob komunikace nevyžaduje od okolí speciální znalosti či dovednosti, je srozumitelný pro všechny.

Piktogramy jsou černobílé, navrženy tak, aby redukovaly obtíže v diskriminaci figury a pozadí. Tak jako u mluvčích jsou vyslovená slova „symbolem“ významu, je důležité, aby grafická podoba slova byla jednoznačným kódem, kterému shodně rozumí uživatel i komunikační partner. Soubor piktogramů (viz příloha č. 1 - ukázka) obsahuje přes 700 obrázků, které znázorňují osoby, věci, činnosti, představy, vlastnosti, pocity a vztahy.

Používání piktogramů je vždy doplněno mluvenou řečí a případně i znaky. Při počátečním užívání piktogramů pro komunikaci je nutné upozornit na respektování individuálních zvláštností každého jedince. Je jedno jak dítě motivujeme, jestli přes jídlo či rodinu, ale je

nutné postupovat pomalu, nespěchat. Je doporučováno zavádět nové symboly až tehdy, kdy jsou již bezpečně upevněny symboly předchozí. Těžiště práce není v zavádění nových a nových symbolů, ale v praktickém používání symbolů již naučených.

Manipulace s obrázky neslouží pouze k zapamatování symbolů, ale zároveň se procvičuje i koordinace ruka - oko, cvičí se motorika, pozornost, soustředění, zlepšuje se schopnost vizuálního rozlišování apod (Kubová, 1996, s.28).

Jelikož soubor základních symbolů je vytištěn bíle na černém pozadí, mohou si učitelé vybrat používaný systém barevných označení. Většina učitelů se shoduje v tom, že dětem napomáhá vybarvení symbolu při jejich vyhledávání.

Dříve než začneme s dětmi nebo dospělými piktogramy používat, je nutné provést podrobnou diagnostiku týmem odborníků.

Diagnostika má za cíl poskytnout podrobné informace o dvou základních oblastech (Kubová, 1999, s. 5):

1. Současná úroveň komunikace a jazyková dovednost dítěte nebo dospělého. Tato informace se vyžaduje proto, aby se použití počátečních obrázků vhodně přizpůsobilo začínající komunikaci a snadněji navázalo na použití počátečních obrázků.
2. Tělesné poznávací a vjemové schopnosti dítěte nebo dospělého tak, aby bylo možno zvolit a přizpůsobit vhodnou techniku pro uvedení piktogramů.

Vyhodnocení je důležitým článkem pro plánování individuálního programu výuky komunikativních dovedností.

Výuka komunikace pomocí piktogramů

Program výuky piktogramů se zaměřuje nejdříve na jednoduché a známé předměty a snadnou činnost. Začínáme např. s obrázky rodiny, věcí, které dítě obklopují apod. Teprve později lze jednotlivé obrázky spojovat, takže vytvoří strukturu připomínající věty i když bez gramatických pravidel.

Ke snadnějšímu zapamatování symbolů je vhodné umístit ve třídě nástěnku, kde jsou symboly, které se právě probírají. To pomůže nejen postiženým dětem, ale i ostatním lidem,

kterí s dětmi přicházejí do styku. Jednotlivé symboly lze umístit i na nábytek a další zařízení ve třídě.

Na základě dlouhodobých zkušeností uvádí Kubová souhrn pokynů k výuce základních piktogramů:

Všem zúčastněným předejte podklady pro piktogramy, které byly vybrány pro každého jednotlivého klienta.

Dochází-li dítě do školy, je vhodné zavést sešit denních zpráv mezi domovem a školou. Předměty v bezprostředním okolí klienta označit nálepkami s piktogramy.

2.3.3 Výměnný obrázkový komunikační slovník

Vznik tohoto systému:

Therapeutic Day School (Chicago, USA) teoreticky i prakticky seznamuje s komunikačním systémem, který byl vytvořen speciálně pro děti s PAS - The Picture Exchange Communication System - PECS (dále jen „PECS“), (Bajat, 1999). Cílem systému je rychlé nabytí funkčních komunikačních dovedností. Na první pohled by se mohlo zdát, že se příliš neliší od jiných známých komunikačních systémů (viz. příloha č. 2), které pracují s vizuálními symboly. Rozdílný je však hned v několika zásadních aspektech. Děti na obrázky neukazují, ale partnerovi je přinášejí. V prvních lekcích obrázek vyměňují za oblíbený pamlsek nebo věc. (Ty se ještě před započítím nácviku samotné komunikace pečlivě a dle přesných instrukcí zjišťují.) Zmíněná výměna umožňuje hned na počátku výuky snadno pochopit smysl systému jako komunikaci. Přinese-li dítě obrázek míče, dostane výměnou za obrázek skutečný míč. Výměna je tedy smysluplná a nepochybně úmyslná.

Komunikace je sama o sobě velmi motivující, protože při nácviku dítě dostává to, co skutečně chce.

Rovněž seřazení jednotlivých kroků při výuce je trochu jiné, než známe z ostatních komunikačních systémů. Významný rozdíl je např. v době, kdy dítěti klademe otázku: „Co chceš?“ Tato lekce je zařazena mnohem později, než je obvyklé u jiných systémů. Je to proto, aby si dítě nezvyklo čekat na otázku či vyzvání, ale aby se hned od začátku nácviku naučilo samo se obracet na svého komunikačního partnera. Dítě je zde ten, kdo iniciuje kontakt, a tedy začíná komunikaci.

V počátečních fázích se podílejí na nácviku PECS dva učitelé. Jeden je v roli komunikačního partnera a druhý působí jako fyzický asistent dítěte. Jakmile je to ale možné, od asistence se

upouští. Důležité je, aby učitel výměnu vhodně slovně doprovázel. Často se tak podpoří vývoj řeči dítěte, a to i v případě, že byla použita klasická logopedická intervence bez efektu.

PECS byl v České republice představen Margitou Knapcovou v roce 2005 poté co byl ověřen a upraven pro podmínky v České republice. Především bylo třeba zohlednit rozdíly mezi anglickým a českým jazykem. Protože původní pomůcky u nás na trhu nejsou, vyrábíme si je sami. Plynou z toho i jisté přednosti. Naskýtá se prostor pro naši tvořivost a pomůcky tedy přizpůsobujeme jak podmínkám našeho prostředí, tak i jednotlivým dětem „na míru“. Tak vznikla metodika odlišná po formální stránce, lišící se mnohými metodickými postupy, obsahující daleko podrobnější zpracování jednotlivých postupů a kroků nácviku, snažící se o přehlednost a snadnou orientaci v ní. Byl zvolen název metodiky Výměnný obrázkový komunikační systém - VOKS (dále jen „VOKS“) (Knapcová, 2005).

- je velmi rychle osvojitelný (většina dětí zvládá výměnu už v prvních dnech tréninku),
- vysoce motivuje děti učit se tomuto systému (děti dostávají přesně to, co chtějí),
- děti samy jsou iniciátory komunikace (přestávají být závislé na dospělých),
- redukuje nevhodné chování,
- je dobře využitelný ve škole, doma i na veřejnosti.

Klíčem k úspěšnému užívání systému VOKS je zejména způsob, jakým jsou děti vedeny používat symboly ke komunikaci (Knapcová, 2005).

Cíle a zaměření Výměnného obrázkového komunikačního systému

Teoreticky vychází z principů metody The Picture Exchange Communication System - PECS (Bondy, Frost, 1994). Oba systémy jsou postaveny na těchto principech:

Vysoká motivace - konkrétní výběr odměn pro konkrétního klienta.

Smysluplná a účelná výměna obrázku za věc, kterou obrázek znázorňuje.

Podpora iniciativy klienta použitím fyzické asistence a potlačením verbálních výzev a pokynů. Podpora nezávislosti uspořádáním lekcí (pozdější zařazení otázky: „Co chceš?“).

Cíl systému VOKS

Cílem systému je rychlé nabytí funkčních komunikačních dovedností. Jde o způsob, jak učit klienty komunikovat, a především - jak jim osvětlit, proč komunikovat, tedy význam a sílu

komunikace. Celý systém výuky je postaven tak, aby vedl klienty k nezávislosti – k samostatnému používání svého komunikačního systému. Již od začátku nácviku komunikace vede klienty k iniciativnímu přístupu ke komunikaci (aby klienti sami navazovali kontakty a byli tak oni iniciátory komunikace). Systém se v co největší míře snaží o realizaci nácviku komunikačních dovedností v rámci běžných životních situací. Zdůrazňuje neoddělitelnost komunikačního systému od výchovně vzdělávacího procesu v širokém slova smyslu.

Pro kterou skupinu klientů je systém určen?

Výměnný obrázkový komunikační systém je určen především pro klienty s poruchami autistického spektra a s dalšími pervazivními vývojovými poruchami, kteří mají problémy s verbální komunikací, nebo pro klienty, jejichž řeč má omezený komunikační efekt. Zohledňuje jejich specifické problémy v komunikaci - úskalí verbální komunikace i problémy s navazováním sociálních kontaktů. S úspěchem však lze VOKS využít i u klientů jiných diagnóz s výraznějšími problémy v dorozumívání se (Downův syndrom, DMO, afázie, těžké formy dysfázie...). Mívá úspěch i u klientů, kde jiné alternativní a augmentativní komunikační systémy selhaly nebo zcela neplní účel funkční a iniciativní komunikace.

Věková skupina

Se systémem je možno začít v jakémkoli věku. VOKS lze zavést ihned, jakmile je zřejmé, že dítě má problémy s funkční komunikací, zvláště pak u dětí s PAS. Není třeba čekat, jestli se řeč rozvine či nikoli. VOKS totiž řeči nepřekáží, ale naopak zvyšuje pravděpodobnost jejího vývoje či zdokonalení. (Někteří klienti v průběhu nácviku začínají mluvit, a to i v případech, kdy klasická logopedická intervence zůstala bez efektu.) Velmi dobrých výsledků dosahují se systémem VOKS i klienti, se kterými byla práce zahájena v adolescentním a dospělém věku.

Předpoklady pro zvládnutí VOKS klientem

Systém vychází z předpokladu, že klient bezpečně zvládá diferenciaci reálných předmětů.

S metodou Výměnného obrázkového komunikačního systému by se nemělo začínat, dokud není zřejmé, že se klient domáhá předmětů přímou cestou.

Otázka, zda před započítím nácviku musí klienti umět přiřadit obrázek k reálnému předmětu, obrázky třídit a rozlišovat, je sporná. Praxe totiž ukazuje, že způsob, jakým se klienti učí diferencovat obrázky v systému VOKS, je vysoce motivující a velmi účelný. Rozlišování obrázků dle metody VOKS má tedy často úspěch i u klientů, kterým se za použití klasických metod - i přes úporné nacvičování - nedařilo obrázky rozlišovat.

Metodika Výměnného obrázkového komunikačního systému

Metodika VOKS vznikala postupně ověřováním principů původního systému PECS v praxi v podmínkách českého speciálního školství. Modifikováním metodiky PECS, a to nejen z hlediska jazykových odlišností, ale i změnou některých postupů, přidáním nových kroků a naopak záměrným nezařazením některých postupů původní metodiky PECS, se vyvinula metodika nová, odlišná, která se v mnohém ubírá svou vlastní cestou.

Hlavní rozdíly mezi metodikou PECS a metodikou VOKS

Přestože metodika VOKS vychází z principů a zásad původního systému PECS, je v mnohém jiná. Metodika VOKS se odlišuje vyšším počtem hlavních lekcí a rozšířením o většinu doplňkových lekcí. Snaží se o přehlednost a snadnou orientaci jak způsobem zpracování jednotlivých lekcí (mnohem podrobnější propracování), tak metodiky jako celku. Obrací se zvláště na komunikačního partnera a zvláště na asistenta. Struktura metodiky VOKS je záměrně postavena tak, aby mohli učitelé plynule procházet metodické materiály bez dohledávání doplňujících a rozšiřujících informací v dalších částech práce. Jedná se například o přímý poznámkový aparát a zařazení doplňkových lekcí mezi lekce hlavní - na místo jejich nejpravděpodobnějšího uplatnění. Metodika VOKS dále obsahuje nové možnosti postupů, které vyplynuly z naší praxe a osvědčily se a alternativní kroky pro případ, kdy výchozí postup u klienta nefunguje. Metodika VOKS je rozšířena o příklady konkrétních nácvikových situací z naší praxe a ukázky, jakým způsobem zavádět a prakticky procvičovat novou obrázkovou („slovní“) zásobu. Práce je osvěžena příběhy klientů. Samozřejmě je metodika přizpůsobena jazykovým aspektům češtiny (např. skloňování) a bere v potaz řečová úskalí klientů s PAS (např. sklony k echoláliím). Postupy metodiky VOKS jsou doplněny fotografiemi z dokumentace práce s našimi klienty.

Na rozdíl od původní metodiky PECS se ve VOKS klade značný důraz na vizuální podporu řeči komunikačních partnerů klienta, a z toho pramení i změny v základních postupech. Osvědčilo se nám, zvláště u klientů s PAS, stavět nácvik na pomoci asistenta u všech lekcí. Metodika PECS se od 4. lekce již o asistenci nezmiňuje.

V žádném případě není úmyslem předešlých informací srovnávat oba metodické materiály. Chceme jen upozornit na hlavní rozdíly a zamezit tak nedorozuměním a zaměňováním obou metodik.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl praktické části

V praktické části je cílem zmapovat postoje vedoucích pracovníků, následně i pedagogických pracovníků, k problematice alternativních komunikačních metod. V popředí zájmu bylo zjistit v jaké míře je při své práci využívají, zda vědí, kde mohou získat informace, pokud se v jejich přímé výchovné péči vyskytne dítě, které bude potřebovat ke komunikaci některou z alternativních metod.

Domníváme se, že pokud dítě využívá ke komunikaci některou z alternativních komunikačních metod, měli by tyto metody ovládat nejenom učitelé, ale i osoby, které se podílejí na jejich výchově, nebo se kterými přicházejí do styku (rodiče, vychovatelé, zdravotní personál).

3.2 Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu

Formou anonymního dotazníku bylo osloveno celkem 14 respondentů – vedoucích zařízení, kteří pečují a starají se o děti, mládež a dospělé s mentálním postižením. Zařízení byla volena v regionu Litoměřice. V tabulce č. 1 jsou v přehledu představena jednotlivá zařízení. V tabulce č. 2 následuje přehled klientů s alternativní komunikací v těchto zařízeních. V grafu č. 1. jsou znázorněni klienti využívající alternativní komunikaci. Pro celkové představení vzorku (viz tabulka č. 3) podává přehled o vzdělání vedoucích a ředitelů daných zařízení.

3.3 Použité metody

Pro potřebu této práce byla zvolena metoda nestandardizovaného dotazníku.

Metoda dotazníku a rozhovoru je jednou z klinických metod (Švingalová, 1996).

Dotazník je metoda sloužící k hromadnému zjišťování jevů a podle toho, co konkrétně zjišťují je dělíme na:

- Osobnostní.
- Postojové.
- Zájmové.
- Klinické a další.

Přednost této metody dle Švingalové (1996) je především v tom, že je méně časově náročná a lze jí získat hodně údajů v poměrně krátkém časovém úseku od více respondentů najednou.

K nedostatkům této metody se řadí omezení osobního kontaktu s respondentem, proto byla v této práci volena i jako druhá doplňující metoda rozhovoru.

Otázky v dotazníku (viz. příloha č.3) pro tuto práci byly volené v kombinaci – tedy byly použity otázky uzavřené a otevřené.

Dotazník obsahoval tyto oddíly:

- věk,
- vzdělání a pracovní zařazení respondenta,
- charakteristiku zařízení,
- orientaci respondenta v alternativních komunikačních metodách,
- počet dětí v přímé výchovné péči, které využívají některou z alternativních komunikačních metod.

Z dotazníku se dozvíme kvantitativní údaje, které vyhodnocujeme dále formou grafů.

Z celkového počtu 12 dotazníků byla návratnost 100%.

Použitá metoda dotazníku byla pak doplněna o metodu rozhovoru s vedoucím či ředitelem zařízení pro doplnění celkového obrazu v používání alternativních metod a k získání názorů na používání alternativních komunikačních metod v praxi.

Metodou rozhovoru jsou zjišťovány dle Švingalové (1996) názory, postoje, ale i přání a obavy:

- Rozhovor může probíhat skupinově i individuálně. V rozhovoru mohou být použity nedirektivní techniky – např. dle Rogerse – základem takového rozhovoru je pochopit problémy klienta a provést jejich rozbor.
- Direktivní techniky – jsou opakem nedirektivních, terapeut udílí rady a hodnotí problém. V tomto vztahu je tedy terapeut aktivní.

- Freudova dynamická technika volných asociací – tato technika je časově velmi náročná a běžně se nepoužívá. Terapeut vede klienta a povzbuzuje ho v jeho konání.
- -Sullivanova technika – terapeut hodnotí a všímá si obsahové i formální stránky řeči. Opět je velmi časově náročná.

Pro tuto práci bylo významné touto metodou nestandardizovaného dotazníku zjistit subjektivní názory vedoucích dotazovaných zařízení na danou problematiku.

Pro zjišťování názorů byla volena forma nedirektivní techniky rozhovoru dle Rogerse se zachováním principů důvěry, opravdovosti, upřímnosti.

Rozhovor probíhal volně a byly položeny doplňující otázky k některým údajům nastaveného nestandardizovaného dotazníku.

Odpovědi respondentů byly zaznamenány písemně a zhodnoceny pak v kapitole Interpretace výsledků průzkumu a částečně názory řídících pracovníků a respondentů byly uváděny i v kapitole Diskuse.

3.4 Stanovení předpokladů

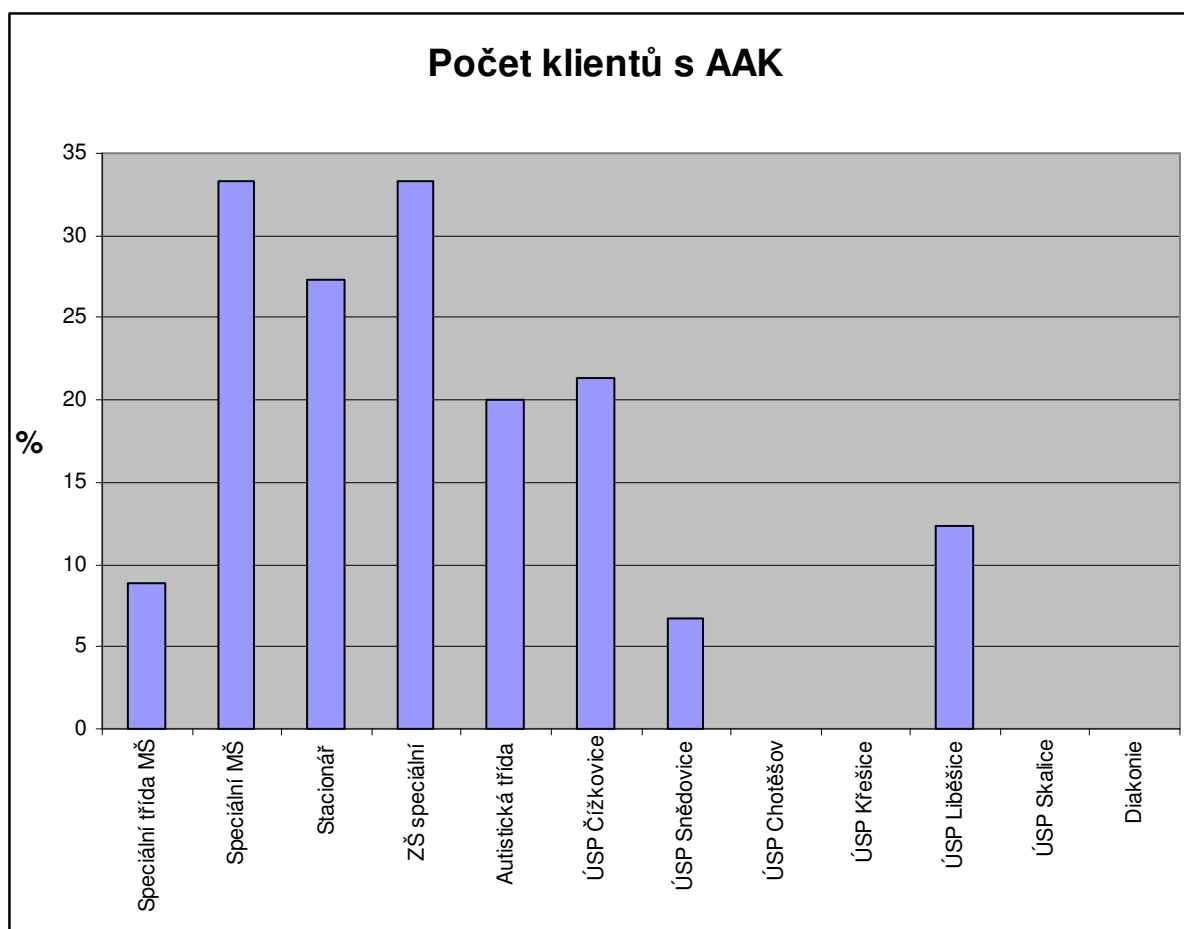
1. Lze předpokládat, že využití alternativní komunikace se bude odvíjet od vzdělání vedoucích zařízení a bude užíváno v zařízeních, které vedou speciální pedagogové.
2. Lze předpokládat, že alternativní komunikace bude využívána ve všech školských zařízeních.
3. Lze předpokládat, že bude alternativní komunikace bude více využívána u dětí mladší věkové kategorie.
4. Lze předpokládat, že z alternativních komunikačních metod budou klienti používat ke komunikaci častěji piktogramy než znak do řeči.

Tabulka č. 1: Rozdělení na školská a neškolská zařízení

Školská zařízení	Neškolská zařízení
Speciální třída MŠ	Stacionář
Speciální MŠ	ÚSP Čížkovice
ZŠ speciální	ÚSP Snědovice
Autistická třída	ÚSP Chotěšov
	ÚSP Křešice
	ÚSP Liběšice
	ÚSP Skalice
	Diakonie

Tabulka č. 2: Přehled zařízení a počet klientů s alternativní komunikací

Zařízení	Celkový počet klientů	Počet chlapců	Počet děvčat	Počet klientů s AAK	Věk
Speciální třída MŠ – 3 subjekty	45	30	15	3 chlapci 1 dívka	Předškolní věk
Speciální MŠ	6	5	1	2 chlapci	Předškolní věk
Stacionář	22	17	5	4 chlapci 2 dívky	Předškolní a školní věk
ZŠ speciální	24	14	10	5 chlapců 3 dívky	Školní věk
Autistická třída	5	3	2	1 chlapec	Školní věk
ÚSP Čížkovice	47	29	18	7 chlapců 3 dívky	Školní věk
ÚSP Snědovice	75	40	35	4 chlapci 1 dívka	Dospělí
ÚSP Chotěšov	34	34	0	0	Dospělí
ÚSP Křešice	37	37	0	0	Dospělí
ÚSP Liběšice	57	32	25	4 chlapci 3 dívky	Předškolní a školní věk
ÚSP Skalice	47	24	23	0	Školní věk
Diakonie	19	12	7	0	Dospělí



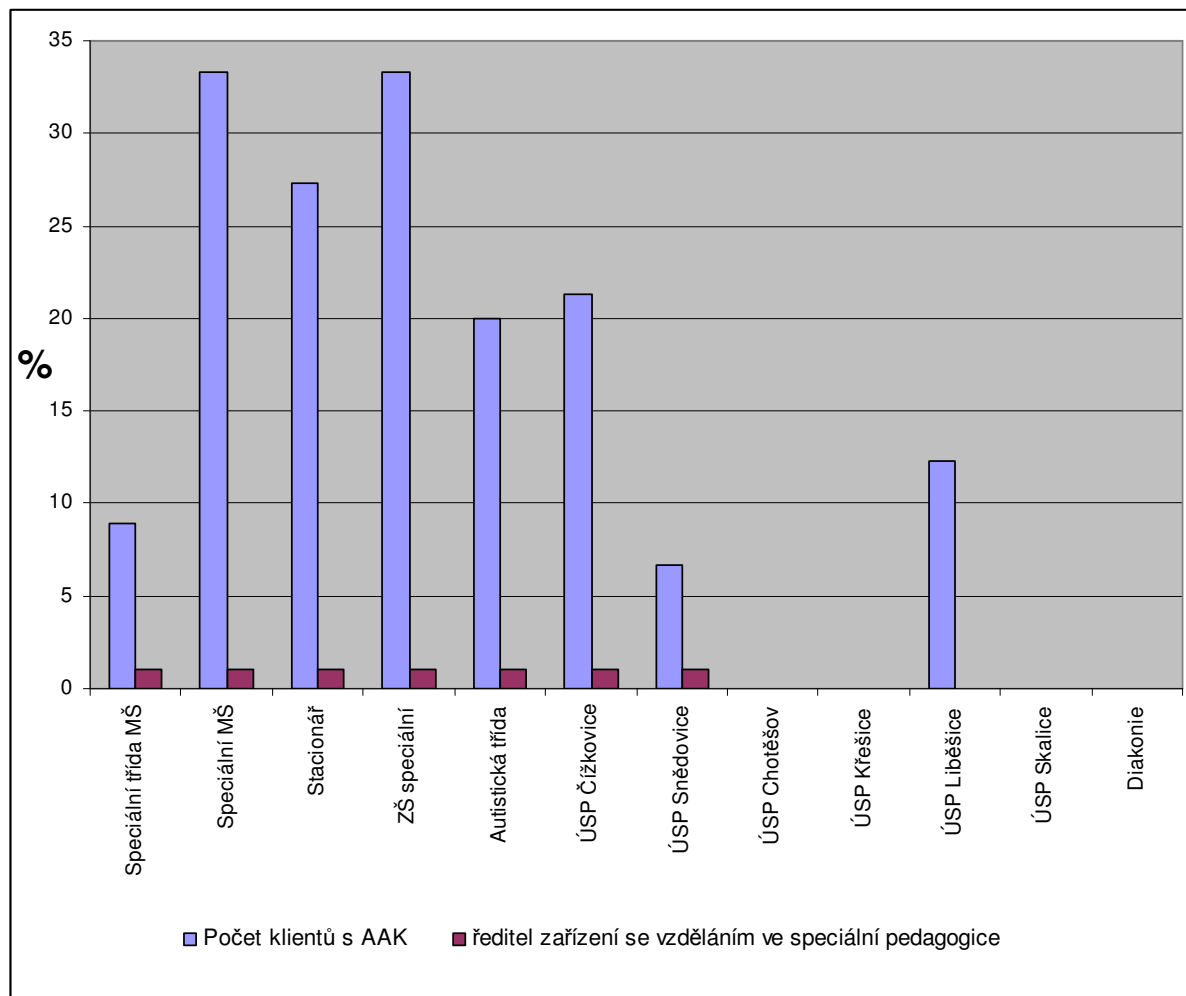
Graf č. 1: Počet klientů s AAK v jednotlivých zařízeních

Tabulka č. 3: Vzdělání respondentů

Zařízení	Věk	Vzdělání	Speciální pedagogika
Speciální třída MŠ	37, 42,49	Bakalářské	Ano
Speciální MŠ	43	Bakalářské	Ano
Stacionář	56	Vysokoškolské	Ano
ZŠ speciální	45	Vysokoškolské	Ano
Autistická třída	43	Vysokoškolské	Ano
ÚSP Čížkovice	52	Vysokoškolské	Ano
ÚSP Snědovice	47	Vysokoškolské	Ano
ÚSP Chotěšov	52	Středoškolské	Ne
ÚSP Křešice	57	Středoškolské	Ne
ÚSP Liběšice	47	Středoškolské	Ne
ÚSP Skalici	46	Vysokoškolské	Ne
Diakonie	45	Středoškolské	Ne

3.5 Výsledky a jejich interpretace

Předpoklad č. 1: užití alternativní komunikace se bude odvíjet od vzdělání vedoucích zařízení a bude užíváno v zařízeních, které vedou speciální pedagogové – byl ověřen dotazníkovou formou a výsledek je znázorněn grafem č. 2:

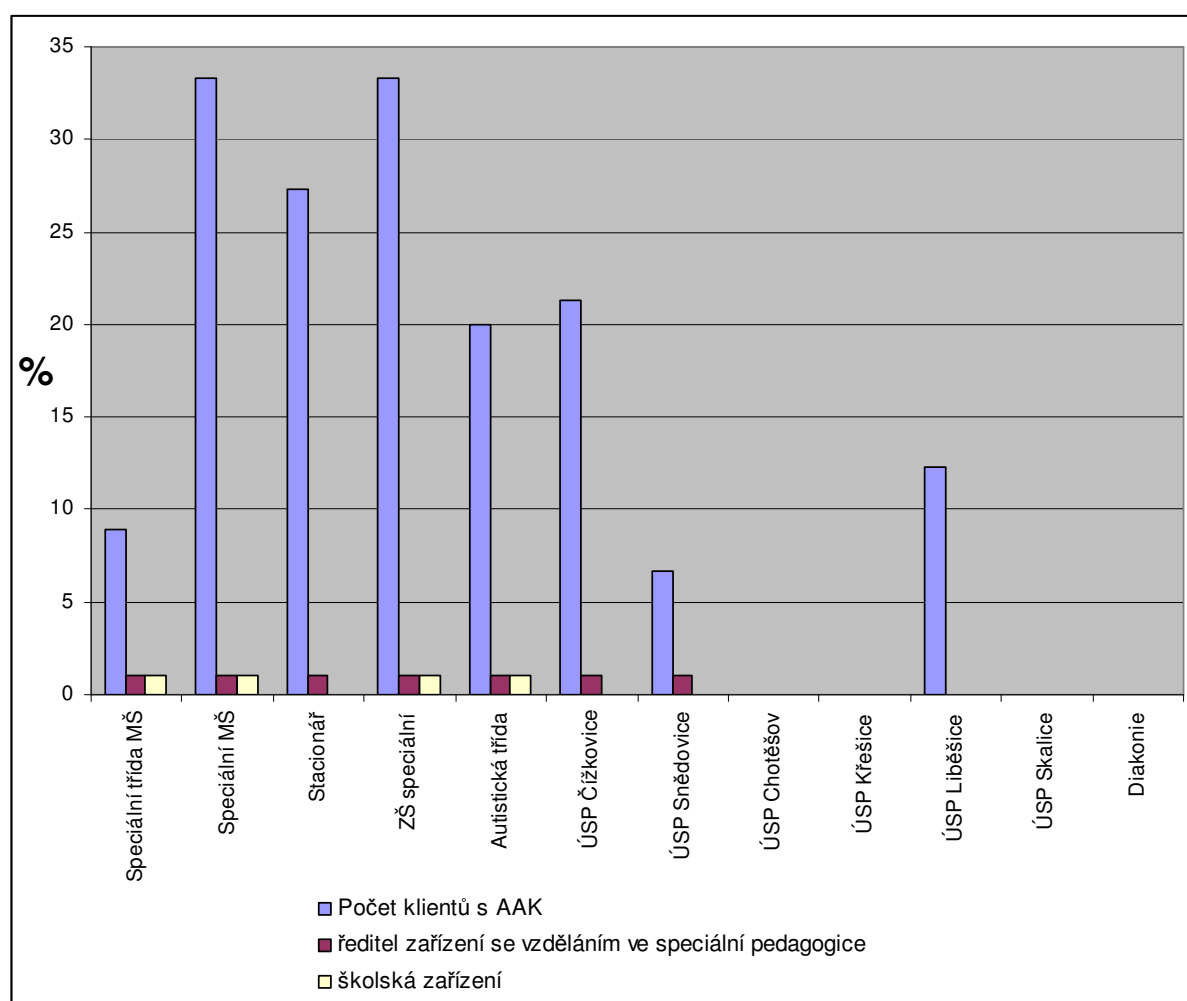


Graf č. 2: Zastoupení speciálních pedagogů ve vedení zařízení

Z tohoto grafu je zřejmé, že v 7 zařízeních jsou ve vedoucí funkci – speciální pedagogové. Ve všech těchto zařízeních je používána AAK, a dále je zde jedno zařízení, kde není ve vedoucí funkci speciální pedagog a je používána AAK. Jde zde o AAK užitou u dětí, které jsou v ústavní péči, ale jejich vzdělání zajišťuje Základní škola speciální. Učitel těchto žáků je vzdělán ve speciální pedagogice.

Předpoklad č. 1 se potvrdil.

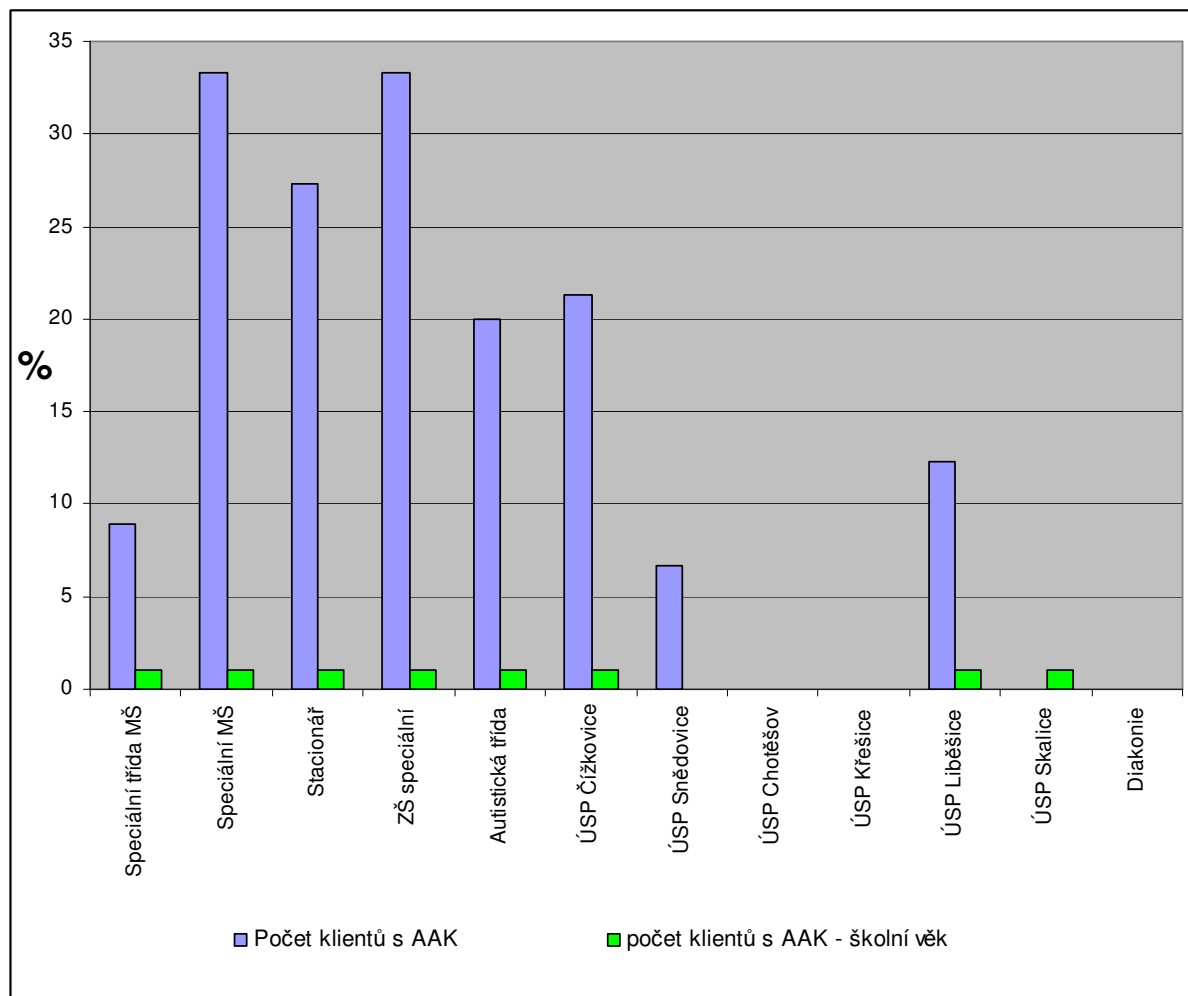
Předpoklad č. 2: alternativní komunikace bude více využívána ve školských zařízeních byl ověřen dotazníkem. Na grafu č. 3 je zřejmé, že ve všech čtyřech dotázaných školských pracovištích se užívá AAK. Z neškolských zařízení jsou zde ještě čtyři další, kde je užívána AAK – Stacionář – zde vstupuje je klientům speciální pedagog ze Základní školy speciální, ÚSP Čížkovice, kde jsou zřízeny 2 třídy základní školy speciální, ÚSP Snědovice, který je pro dospělé, ÚSP Liběšice, kde vzdělání zajišťuje Základní škola speciální.



Graf č. 3: Využití AAK ve školských a neškolských zařízeních

Předpoklad č. 2 se potvrdil.

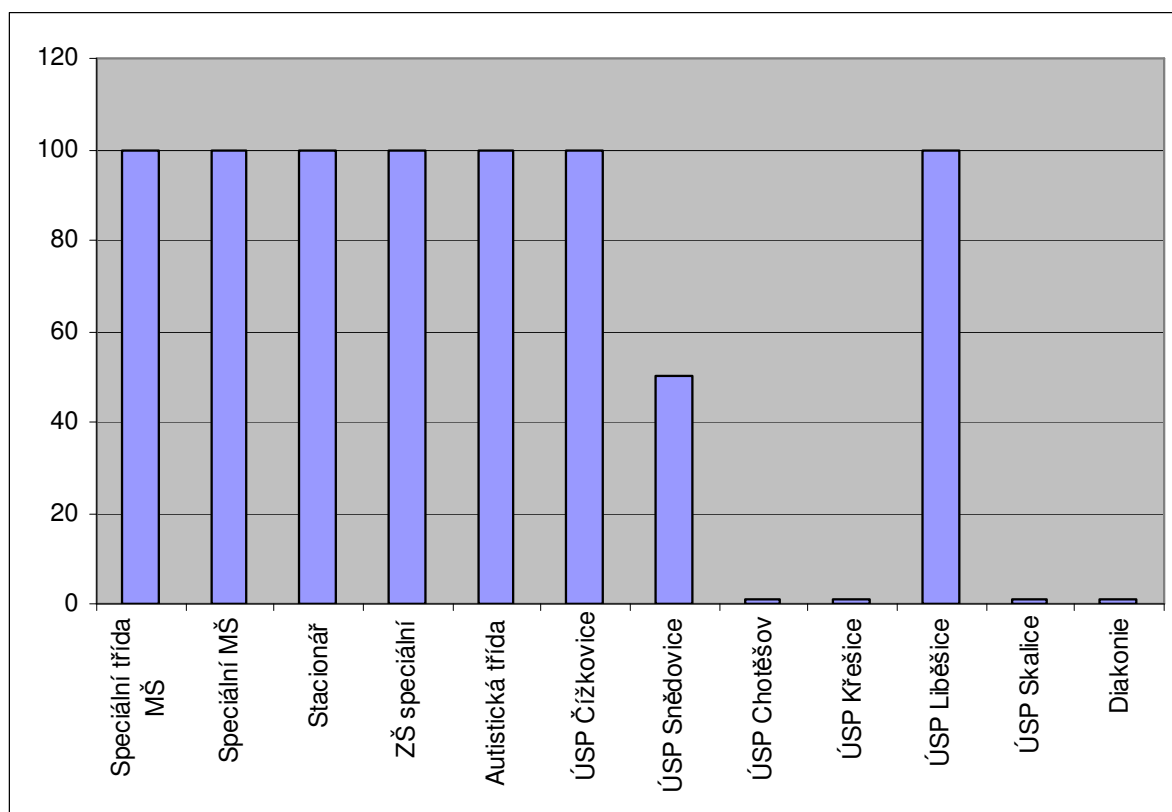
Předpoklad č. 3: AAK bude více využívána u dětí mladší věkové skupiny byla ověřována otázkou v dotazníkovém šetření a na grafu č. 4 je znázorněn výsledek. Děti mladšího věku jsou v 8 jmenovaných zařízeních, v sedmi je AAK využívána, tzn. že v ÚSP Skalice je zařízení pro děti i dospělé, ale není zde AAK využívána.



Graf č. 4: Využití AAK vzhledem k věku klientů

Předpoklad č. 3 se potvrdil.

Předpoklad č. 4: častěji budou využívány piktogramy oproti znaku do řeči. Toto tvrzení bylo ověřováno dotazníkovou formou a na grafu č. 5 je znázorněno, že pouze v jednom zařízení je používán náhradní komunikační systém Bliss, a to u klientů dospělých s pohybovým postižením – ÚSP Snědovice. Dle rozhovoru s vedoucími jednotlivých zařízení se komunikační systém – piktogramy jeví pro děti mladší věkové skupiny jako nejvhodnější.



Graf č. 5: Porovnání používání piktogramů a znaku do řeči

Předpoklad č. 4 se potvrdil.

3.6 Diskuse

Na začátku průzkumu jsme se domnívali, že blíže k AAK budou mít vedoucí zařízení mladší věkové skupiny. Tento ukazatel vyšel jako zcela bezpředmětný, protože vedoucí zařízení byli ve stejném věkovém pásmu. Zajímavé pro nás bylo zjištění, že všichni vedoucí se v rozhovoru o AAK shodli, že lépe s touto metodou zacházejí učitelé nebo vychovatelé se vzděláním ve speciální pedagogice mladší věkové skupiny. Při obsazování kurzů a seminářů si starší pedagogové či vychovatelé tyto semináře nevolí.

K otázce AAK jsme se dotázali odborníků ve speciálně pedagogickém centru, jak oni vidí užití těchto technik. Dle jejich názorů, je užití AAK nutné v okamžiku, kdy bude jasné, že se řeč nerozvine – např. u postižení mentálního, u sluchových postižení je AAK nutné nasadit v okamžiku, kdy je dítě již schopno vnímat znak. Například u diagnózy autismus, není vždy nutné, tak jak se naopak v současné době děje, nasazovat AAK, protože musíme počítat se specifickým vývojem řeči. Pokud se klient s náhradním komunikačním systémem neztotožní, je v tu chvíli naprosto nefunkční a zbytečně zátěžový pro klienta.

Tento názor odborníků SPC koriguje s názory samotných odborníků, kde např. i Kubová -jako autorka „znaku do řeči“ uvádí (Knapcová, 2005) v nejnovější zaváděné alternativní technice – Výměnném obrázkovém komunikačním systému (dále již jen VOKS), že rodiče i logopedi se pokoušejí naučit děti v širokém spektru mentálního postižení, autistické děti, děti s Downovým syndromem a další, mluvit. Klasické metody jsou ale leckdy buď neúčinné nebo trvá velmi dlouho, než je dítě schopno řeč smysluplně používat. Po dlouhou dobu tak zůstávají bez funkční komunikace. To je častou příčinou nežádoucích projevů chování dítěte. Dítě, protože nemůže srozumitelně vyjádřit své potřeby a přání, je nespokojené, nervózní a někdy i agresivní. Ve snaze pomoci těmto dětem se pak zavádějí alternativní a augmentativní formy komunikace. Jde o systémy, které zcela nahrazují nebo doplňují mluvenou řeč. Takovými systémy jsou například znaková řeč, MAKATON (znaky, symboly, mluvená řeč), ukazování na piktogramy nebo jiné vizuální symboly, používání elektronických komunikátorů a další. Ovšem někdy tyto náhradní komunikace, a to zvláště u dětí s poruchami autistického spektra (dále jen „PAS“), vážnou na určitých předpokládaných dovednostech. Například nemají vždy schopnost napodobovat pohyby, což je podmínkou ke zvládnutí znakové řeči. Dětem s PAS obvykle ve vývoji chybí i ukazování, které je nezbytné při označování vizuálních symbolů. Dále mohou mít potíže se získáním pozornosti osoby, které chtějí něco sdělit. Situace vyvstává z jejich problému

navazovat sociální kontakty. I když systém pochopí a používají ho ke komunikaci, některé děti sdělí své přání jen tehdy, když jim přímo položíme otázku: „Co chceš?“ Samy však komunikovat nezačnou. Stává se také, že dítě ukazuje na obrázek, či opakovaně na obrázek ťuká a přitom se třeba dívá z okna. My pak takové chování můžeme mylně interpretovat jako sdělení..

Shrneme-li výše zmíněné, postrádají tyto systémy často prvek spontánnosti a jsou závislé na určitých předpokládaných dovednostech. Normálně se vyvíjející děti si každou tuto dovednost postupně osvojují díky sociálním odezvám, které vyvolávají (úsměv, pochvala atd.). Děti s PAS však na tento typ odměn mnohdy nereagují.

4 ZÁVĚR A NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

4.1 Závěr

Účelem praktické části práce nebylo hodnocení alternativních komunikačních metod ani jejich kritika. Pozornost byla zaměřena na zjištění a statistické zhodnocení současného stavu postojů vedoucích pracovníků, kteří pracují s dětmi s mentální retardací, na využívání alternativní komunikační metody.

Formou dotazníku a rozhovoru bylo osloveno 14 vedoucích, ředitelů zařízení litoměřického regionu.

V praktické části byly stanoveny čtyři předpoklady a všechny čtyři předpoklady se potvrdily.

Předpoklad č. 1 navíc prokázal, že nejenom vzdělání sehrává významnou roli. Projevilo se, že i vedoucí zařízení prokázali znalosti i využití jednotlivých alternativních systémů.

Předpoklad č. 2 plně prokázal, že ve školských zařízeních je uplatňována AAK. V neškolských zařízeních, kde zajišťuje vzdělávání školská instituce, je AAK opět využíváno. Lze tedy konstatovat, že speciální pedagogové jsou hybnou silou v používání alternativních komunikačních systémů a totéž bylo potvrzeno vedoucími jednotlivých zařízení.

Předpoklad č. 3 prokázal naši domněnku, že více bude alternativní komunikace využívána u mladší věkové skupiny dětí než u dospělých. Při stanovení tohoto předpokladu jsme vycházeli z časového faktu, že náhradní komunikace je stále ještě málo známa a není tradiční a její užití se odvíjí od vůle těch, kteří jsou ochotni tyto techniky prosazovat a zároveň od vůle klientů něco nového přijímat. Dospělí klienti, kteří užívají náhradní komunikační systém si jej osvojovali při vzdělávání ve školách pro žáky se somatickým postižením.

Předpoklad č. 4 prokázal, že nejvíce jsou využívány piktogramy. Z rozhovoru s vedoucími jednotlivých zařízení vyplynulo, že tento systém z hlediska mentální úrovně klientů nejlépe odpovídá využitelnosti. Dále z hlediska proškolení byl systém piktogramů nejčastěji nabízen ve vzdělávacích institucích. Pracovníci jednotlivých zařízení se vyjádřili v tom smyslu, že

systém piktogramů je pro ně při zavádění do praxe samotné nejvíce dosažitelný a nejlépe využitelný. Pokusy u dospělých klientů zavést jiné alternativní systémy neprokázaly odpovídající výsledky díky odmítnutí klientem, a to pro určitou složitost při ovládání a zapamatování si znaků a symbolů. Alternativní systém piktogramy je ve všech knihovnách. Zařízení ho získala ze speciálně pedagogického centra, dále byla uváděna nejčastěji ve školských zařízeních publikace Krahulcové – Komplexní komunikační systémy těžce sluchově postižených a Kubové Alternativní komunikace a další logopedické publikace. Neškolská zařízení, kde není využívána AAK, nejsou vybavena potřebnou odbornou literaturou.

Z celkového pohledu této práce lze konstatovat, že v tomto regionu je využívána AAK a dle vyjádření odborníků ze speciálně pedagogického centra na velmi dobré úrovni. U neškolských zařízeních, kde není využívána AAK by bylo vhodné více proškolit vedoucí těchto zařízení.

4.2 Navrhovaná opatření pro školská a neškolská zařízení

NEŠKOLSKÁ ZAŘÍZENÍ – jedním z navrhovaných opatření je seznámit všechny vedoucí zařízení s výsledky této práce. Předat vedoucím zařízení seznam institucí, které jim mohou pomoci při prosazování a realizování alternativních komunikačních systémů:

- účastnit se vzdělávacích akcí- více proškolit pracovníky v oblasti speciální pedagogiky a pak následně i v alternativních komunikačních systémech, vybavit pracoviště odbornou literaturou, poskytnout možnost náslechu - hospitací při zavádění AAK ve školských zařízeních.

ŠKOLSKÁ ZAŘÍZENÍ – u žáků s mentálním postižením prosazovat kvalifikaci ve speciální pedagogice u učitelů i vychovatelů:

- úzce spolupracovat se speciálně pedagogickými centry, které působí v oblasti rané péče a sehrávají důležitou roli ve vedení rodiny a nastavení rozvíjejících individuálních plánů u klientů s mentálním postižením,
- nadále usilovat o soustavné školení pedagogů v alternativních systémech, což pro školství zajišťuje Institut pedagogicko psychologického poradenství a v současné době tato instituce proškoluje pedagogy v novém systému Výměnný obrázkový komunikační slovník.

PRO ŠKOLSKÁ A NEŠKOLSKÁ ZAŘÍZENÍ

Pro potřeby práce s klienty využívajících AAK doporučujeme pracovníkům v uváděných zařízeních seznámit se s metodikou Výměnného obrázkového komunikačního slovníku, neboť je to jedna z možností zkvalitnění péče v zařízeních pro osoby s mentálním postižením

Prvními ověřovateli modifikované metody VOKS bylo 11 dětí různého věku (3 - 15 let) a diagnostického zařazení (6 dětí s poruchami autistického spektra nebo silnými autistickými rysy, 3 děti s Downovým syndromem, dítě s těžkou mentální retardací při DMO a dítě s totální afázií následkem úrazu). Komunikační dovednosti uvedených dětí byly na počátku experimentu následující: 7 dětí nemluvalo vůbec, 2 užívaly pouze několik slov s malou srozumitelností a u dalších 2 dětí se jednalo o řeč nefunkční - echolalickou. Úroveň porozumění řeči byla omezena na větší či menší množství konkrétních pojmů a na běžné každodenní pokyny. Až na dvě děti se u všech ostatních zkoušely různé alternativní a augmentativní komunikační systémy - piktogramy, MAKATON, ukazování upravených znaků, fotografie velikosti A5, hlasový komunikátor. Ani jedno dítě žádný z těchto komunikačních systémů aktivně nepoužívalo. Knapcová (2005, str. 5) uvádí, že všechny chodily na řečovou terapii, avšak u většiny z nich šlo o „běh na dlouhou trať s nejistým cílem“.

Všechny děti přijaly výuku VOKS překvapivě dobře. Osm z nich okamžitě pochopilo smysl systému, další tři děti potřebovaly času o něco více. Po dvou letech používání VOKS vypadala úroveň komunikačních dovedností dětí následovně: nejdále jsme se v systému dostali na úroveň samostatného skládání jednoduchých vět z obrázků a jejich aktivního používání. Tuto dovednost zvládlo pět dětí. Aktivní slovní zásoba, ve smyslu množství obrázků, jichž samostatně používaly, se pohybovala mezi 50 - 70 obrázky - dle aktuálních schopností dětí. Dvě děti aktivně komunikovaly přinášením jednotlivých obrázků, které již také uvědoměle vybíraly z tematicky uspořádaných tabulek komunikačního zásobníku. Zásobník jednoho z těchto dětí obsahoval 10 obrázků a druhého 45 obrázků. Tři děti zatím pracovaly na diferenciaci obrázků. Imobilní chlapec s těžkou mentální retardací při DMO zatím nediferencoval, ale již na sebe dokázal upozornit zvukem předmětu a následně ho podat, což jsme v případě tohoto chlapce hodnotili jako významný krok vpřed.

Potvrdil se i pozitivní vliv na rozvoj řeči při používání VOKS. U dvou chlapců, jejichž řečový projev byl původně převážně echolalický (neměl komunikační charakter), nabyla řeč na funkčnosti a zlepšila se i její gramatická stránka. Čtyři děti, dříve nemluvicí, začaly obrázky

při podávání i pojmenovávat. Nejdříve pouze v souvislosti s VOKS a po nějaké době tři z nich občas užily řeč i bez podpory obrázků. Jedno dítě dokonce vytvořilo jednoduchou větu.

V současné době, po více než třech letech používání metody u téhož vzorku dětí, je situace následující: u dvou dětí se v průběhu používání systému rozvinula funkční mluvená řeč natolik, že od výměnné obrázkové komunikace bylo postupně zcela upuštěno. Šest dětí z obrázků skládá a aktivně používá věty, z toho čtyři děti komunikují s použitím vět, které jsou rozvinuté o další větné členy vyjadřující velikost, vlastnosti, barvy, množství, místo a jiné. Tři děti dospěly až na úroveň komentování. Aktivní slovní zásoba těchto šesti dětí se pohybuje v rozmezí 100 až 220 obrázků. Další dvě děti aktivně komunikují přinášením jednoho obrázku. Jejich komunikační zásobníky obsahují 50 a 75 obrázků. Chlapec s těžkou mentální retardací při DMO, který disponuje ozvučenými předmětovými symboly (6 symbolů), je již rozliší a ve většině případů vybere správný symbol k vyjádření svého požadavku. Čtyři děti při podávání symbolů mluví, dvě z nich již některá sdělení řeknou i bez podpory obrázků.

S potěšením jsme zaznamenali i změny v chování dětí. Ustoupila agresivita k okolí i k sobě, děti jsou viditelně spokojenější, ale i jistější a samostatnější (Knapcová, 2005).

Aby byla komunikace skutečně srozumitelná oboustranně, používají také učitelé k podpoře své mluvy obrázky či předmětové symboly. To má nesporný význam zvláště u dětí s PAS a autistickými rysy.

V současné době pracujeme s 22 klienty a u všech zatím zaznamenáváme zlepšování v komunikačních dovednostech.

Přestože vzorek našich dětí není reprezentativní, ověřili jsme si, že metoda upravená na naše podmínky velmi dobře funguje a je u nás použitelná. Je velkým přínosem hlavně tam, kde jiné alternativní komunikace selhávají, nebo ne zcela vedou k aktivní komunikaci. Příkladem za všechny je jeden z našich klientů - sedmnáctiletý chlapec s PAS. Do svých 14 let vyzkoušel téměř všechny dostupné komunikační systémy. Žádný však nebyl úspěšný a chlapec tak zůstával bez aktivní komunikace. Pokud se učitelé nepodařilo uhodnout jeho potřebu, chlapec značně zneklidněl a stával se nebezpečným pro své okolí. VOKS přijal chlapec velmi dobře a - díky vysokému motivačnímu činiteli i srozumitelnosti systému - ochotně, dokonce s nadšením spolupracoval. Dnes, po třech letech používání VOKS, chlapec disponuje asi sedmdesáti obrázky. On sám iniciuje kontakty a komunikuje s různými lidmi i v různých prostředích. Také se velmi vylepšil jeho psychický stav. Je spokojený, klidný, jeho agresivní chování zcela vymizelo.

Pokud se na systém podíváme z hlediska postižení zainteresovaných dětí, VOKS je skutečně velmi blízký jedincům s PAS a autistickými rysy a většina z dětí ho přijala za svůj způsob

dorozumívání se. Stejně tak se osvědčuje u dětí s ostatními diagnózami. Děti s Downovým syndromem mohou díky VOKS účinně vyjadřovat své potřeby ještě před tím, než jsou schopny používat srozumitelnou řeč, která obvykle bývá opožděná. Užíváním VOKS u nich také dochází k rychlejšímu nástupu řeči a podpoře jejího vývoje. Myslíme si, že tento systém rovněž participoval na rozvoji řeči u chlapce s totální afázií po úrazu. Dobrou zkušenost máme i se dvěma dětmi s těžkou dysfázií. Také u tří imobilních dětí s dětskou mozkovou obrnou využíváme principů a některých metodických postupů VOKS.

Struktura metodiky VOKS

Metodika VOKS je rozdělena na dvě části:

přípravné práce,
výukové a doplňkové lekce.

První část metodiky (Přípravné práce) podává důležité informace týkající se učitelů systému VOKS a prostředí nácviku. Dále popisuje pomůcky ke komunikaci i jejich přípravu a způsob postupu při výběru odměn nezbytných pro zahájení samotného nácviku komunikace.

Druhá část metodiky obsahuje výukové (hlavní) a doplňkové lekce VOKS.

Výukové lekce tvoří hlavní strukturu nácviku. Klient se v nich učí spontánně požádat o oblíbenou věc výměnou za obrázek, samostatně dojít k zásobníku symbolů pro obrázek a následně ke komunikačnímu partnerovi, učí se požádat o něco v různém prostředí a požádat neznámé lidi o cokoli, dále vybrat z více obrázků správný symbol, na větný proužek složit jednoduchou větu z obrázků a pomocí větného proužku požádat; nakonec se učí reagovat na různé otázky a umět okomentovat okolí a činnosti.

Obsahem doplňkových lekcí je rozvíjení obrázkové zásoby, postup při navazování očního kontaktu, rozvoj větné stavby, nácvik tzv. „obrácené“ komunikace, kdy si komunikační partner s klientem mění role, a nakonec doporučené slovní popisy obrázků sloves a pokračují čí rozvoj obrázkové zásoby.

Výukové a doplňkové lekce jsou záměrně řazeny hned za sebou i přesto, že výukové tvoří kostru systému - obsah doplňkových lekcí je totiž neméně důležitý.

Shrnutí

Důležitým předpokladem úspěšného zavedení komunikačního systému VOKS je přesné dodržování postupů, instrukcí a pokynů. Proto by každému nácviku měla předcházet důkladná příprava. (Při výuce systému záleží na každém gestu, mimice i slovu. Přesným dodržování instrukcí se zabrání tomu, aby byl klient maten a přikládal počinům učitelů nesprávný význam.)

Metodika je v mnoha směrech odlišná od běžně užívaných pedagogických přístupů ke klientům. Z již praktických zkušeností můžeme konstatovat, že dodržování některých instrukcí je velmi obtížné, a to zvláště v počátečních lekcích nácviku.

Výukové lekce (1 až 7) systému VOKS jsou metodickým řazením odděleny, přesto je však možné a v některých případech i vhodné, aby se určité lekce částečně překrývaly. Lze tedy začít novou lekcí, přestože není úplně zvládnuta lekce předchozí.

Lekce – tempo i nároky postupně lze přizpůsobovat, vždy velmi záleží na vzájemné interakci – učitel a žák.

5 SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

- BAJAT, M. *The Picture Exchange Communication System*. Přednáška v Therapeutic Day School. Chicago: 1999.
- BONDY, A., FROST L. *PECS Taining Manual*. Cherry Hill: Pyramid Educational Consultants, Inc., 1994. ISBN 609489-1644.
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Ždár nad Sázavou: Logopedia clinika, 1998.
- JELÍNKOVÁ, M. *Autismus I. Problémy komunikace dětí s autismem*. Praha: IPPP ČR, 1999.
- KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-41-9.
- KNAPCOVÁ, M. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS*. Praha: IPPP ČR, 2005. ISBN 80-86856-07-0.
- KRAHULCOVÁ, B. *Komplexní komunikační systémy těžce sluchově postižených*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-239-7.
- KUBOVÁ, L. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. Praha: Tech-market, 1996. ISBN 80-902134-1-3.
- KUBOVÁ, L. *Piktogramy*. Praha: Tech-market, 1997. ISBN 80-86114-23-6.
- KUBOVÁ, L., PAVELKOVÁ, Z., RÁDKOVÁ, I. *Znak do řeči*. Praha: Tech-market, 1999. ISBN 80-86114-23-6.
- LANGER, S. *Problémový žák na prvním stupni základní školy (obecné školy)*. Hradec Králové: Kotva, 1999. ISBN 80-7178-115-0.
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál 2002, ISBN 80-7178-572-5.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 1997.
- ŠVINGALOVÁ, D. *Vybrané kapitoly z psychopedie*. Liberec: TU, 1998. ISBN 80-7083-282-7.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: PORTÁL, 2001. ISBN 80-7178-506-7.
- VÁGNEROVÁ, M. *Patopsychologie I*. Liberec: TU, 1995. ISBN 80-7083-158-8.

6 SEZNAM PŘÍLOH

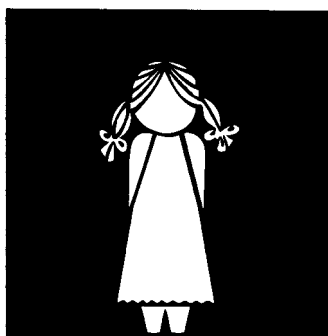
Příloha č. 1: Piktogramy - ukázka viz strana 25

Příloha č. 2 VOKS – ukázky v grafické podobě – viz strana 27

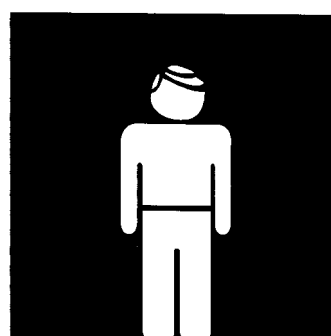
Příloha č. 3 Dotazník – viz strana 32



dítě



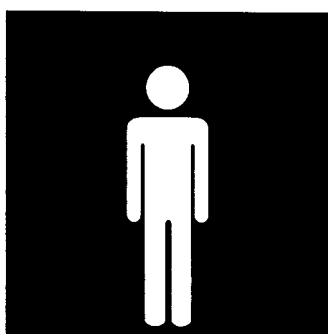
dívka



hoch



paní



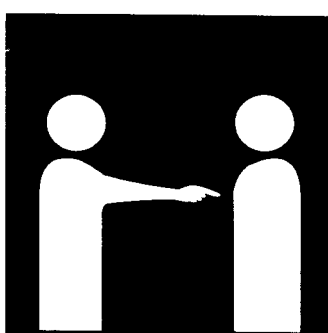
pán



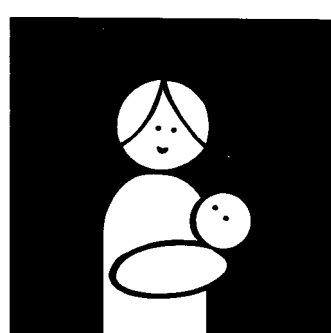
rodina



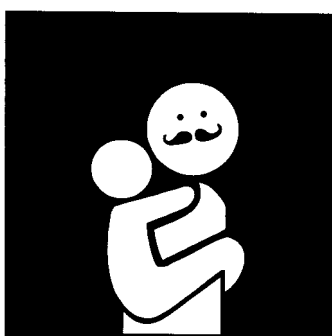
já



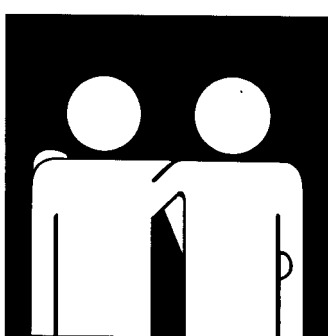
ty



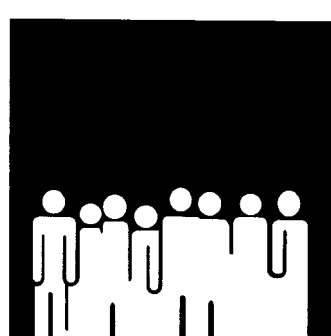
máma



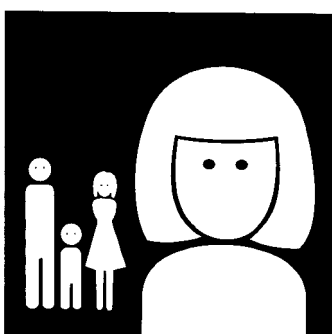
táta



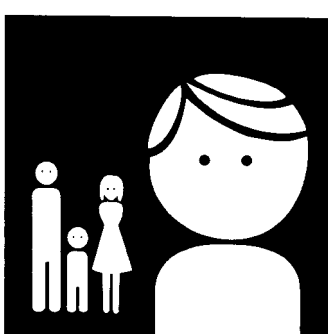
přátelé



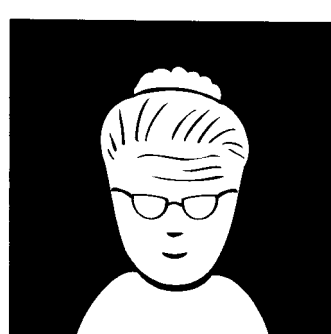
skupina



sestra



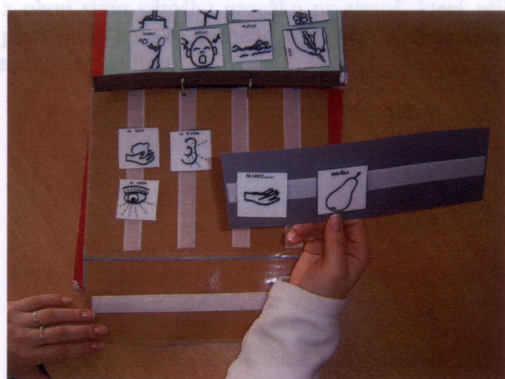
bratř



babička



Obr. 3 Komunikační tabulka dle přípravy 1



Obr. 7 Větný proužek



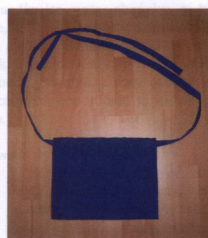
Obr. 10 Komunikační paleta používaná a stabilně umístěná v jídelně



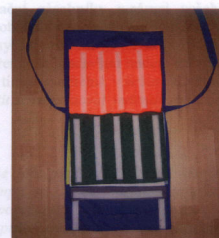
Obr. 5 Komunikační kniha s identifikační značkou klientky v pohotovostním stavu – s vyklopeným větným proužkem



Obr. 8 Způsob zaklápění větného proužku



Obr. 12 Komunikační taška – zavřená



Obr. 13 Komunikační taška – rozvěvená



Obr. 14 Ukázka použití komunikační tašky

Příloha č. 3

Dotazník:

1. Věk

2. Dosažené vzdělání

- střední odborné
- střední odborné s maturitou
- střední pedagogické s maturitou
- vysokoškolské

3. V jakém zařízení pracujete:

	celkový počet klientů	počet chlapců	počet děvčat	počet klientů, kteří využívají alternativní komunikaci
Speciální třída MŠ				
Speciální MŠ				
Stacionář				
Základní škola speciální				
Autistická třída:				
ÚSP				

4. Kdy jste poprvé byl/a seznámen s alternativními komunikačními metodami?

- základní škola
- střední škola
- vysoká škola
- seminář nebo kurz
- ve sdělovacích prostředcích

5. Víte které metody patří mezi alternativní způsoby komunikace:

- ano – prosím uveďte
- ne

6. Víte, kde můžete získat informace o alternativních komunikačních metodách ?

- ano – prosím uveďte.....
- ne

7. Využíváte při své práci alternativní komunikační metody?

- ano – prosím uveďte
- ne

8. Myslíte si, že mají Vaši zaměstnanci dostatek informací o alternativních komunikačních metodách ?

- ano – prosím uveďte
- ne

9. Domníváte se, že vzdělávací nabídka v alternativních technikách je dostačující?

- ano – prosím uveďte
- ne

10. počet klientů ve vaší přímé péči:

	celkem	počet chlapců	počet dívek
znak do řeči používá			
piktogramy používá			
makaton			
VOKS			
bliss			
jiná alternativní komunikace			

11 Který alternativní systém komunikace se vám jeví pro vaše klienty skutečně jako nejvíce využitelný – doplňte:.....

12 Má vaše zařízení dostatek literatury potřebný k alternativní komunikaci?

- ano – prosím uveďte

- ne